Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wullenweberstr. No. 4/5. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. **№ 16.** **Ausgegeben am 15. August.**

Inhalt:

Über die Begutachtung der Unfallverletzten.*)

Von

Oberamtsarzt Dr. **H. Georgii** in Maulbronn.

Es sind nun rund 20 Jahre her, daß mit der Einführung der sozialen Gesetzgebung der Ärzteschaft ein neues großes Feld für ihre Tätigkeit eröffnet worden ist. Unter den Arbeiterfürsorgegesetzen ist es nicht zum mindesten das Unfallversicherungsgesetz, welches nicht allein für den ärztlichen Stand, sondern für die gesamte wissenschaftliche Medizin von der hervorragendsten Bedeutung werden sollte.

Die Organe der gesetzlichen Unfallversicherung bedurften zur Feststellung der Unfallentschädigungen ärztlich sachverständigen Rates, wodurch die Ärzte mit einem Schlag vor eine ihnen ganz neue und ungewohnte Aufgabe gestellt waren: nämlich die Unfallfolgen auf ihren wirtschaftlichen Wert zu prüfen und den Berufsgenossenschaften in ihren Befundberichten und Gutachten die Grundlagen zu liefern für die endgültige Abschätzung der Unfallrenten.

Dies stieß im Anfang auf ungeahnte Schwierigkeiten, welche dadurch noch erhöht wurden, als die Berufsgenossenschaften wohl selbst im Gefühl ihrer Unsicherheit auf dem neuen Gebiet noch weiter gingen und von den Ärzten die prozentuale Abschätzung der Erwerbsunfähigkeit verlangten. Die Ärzte sollten nun auf einmal auch für jede einzelne Berufsart fachtechnische Kenntnisse haben und ein fachtechnisches Urteil genau in Prozenten ausgedrückt, abgeben.

Die Reaktion blieb nicht aus und bald gab es viele Ärzte, welche von der Begutachtung der Unfallverletzten gar nichts oder nur möglichst wenig wissen wollten.

Vor allem waren es die Unfallfolgen selbst, welche viel zu schaffen machten, denn es zeigte sich nur zu bald, daß gewisse Verletzungsfolgen bis zur Einführung der Unfallgesetze in durchaus ungenügender Weise gewürdigt worden waren, daß z. B. mit der anatomischen Zusammenheilung eines Knochenbruchs die wirtschaftliche Brauchbarkeit eines Verletzten noch lange nicht wiederhergestellt war und daß hieran Unfallfolgen wie Hautschwellungen, Muskelabmagerungen, Muskelschwielen infolge Blutergüssen und Bewegungsstörungen in den Gelenken schuldig waren. Dazu kam noch etwas Neues, nämlich die Angaben der Verletzten über die verschiedenartigsten Klagen und Beschwerden wie z. B. Schwindelgefühl, Schmerzen, Kopfdruck, Reißen u. ä. auf ihre Glaubwürdigkeit zu untersuchen. Der Mangel an Erfahrung in diesen Dingen machte sich in der unangenehmsten Weise geltend und zum Erstaunen der Laien

*) Nach einem Vortrag, gehalten auf der 23. Jahresversammlung des württembergischen ärztlichen Landesvereins zu Reutlingen am 29. Juni 1905.

wurden häufig in einem und demselben Fall von verschiedenen Ärzten Gutachten über die Erwerbsfähigkeit abgegeben, die selbst in einfachen Fällen einander diametral gegenüberstanden.

Dazu fehlte es an geeigneten Untersuchungsmethoden, womit die Unfallfolgen genau festgestellt werden konnten, und alle diese Momente zusammen führten weiterhin auf ärztlicher Seite zum Nachteil der Verletzten zu einer Simulationsschnüffelei, die heutzutage glücklicherweise so ziemlich abgetan ist.

In erster Linie war es der wissenschaftlichen Medizin vorbehalten, über alle die Einzelsymptome und geradezu neuen Krankheitsbilder, welche zur Beobachtung kamen und bis daher nicht beachtet wurden, den Schleier zu lüften: die Lehre von der Psychologie der Unfallverletzten, die Lehre von den traumatischen Neurosen wurde aufgestellt und erweitert, der ursächliche Zusammenhang vieler Krankheiten mit Unfällen wurde wissenschaftlich begründet oder zu begründen versucht, und die Chirurgie sah sich genötigt, die Lehre von der Behandlung der Verletzungen einer gründlichen Revision zu unterziehen und bei Zeiten auch Bedacht zu nehmen auf die möglichst rasche Wiederherstellung der Gebrauchsfähigkeit der verletzten Glieder. Die heutige hohe Entwicklung der medicomechanischen Heilfaktoren haben wir dieser Erkenntnis zu verdanken.

Die neugewonnenen Erfahrungen und Anschauungen haben es uns nun ermöglicht, für viele der vorgebrachten Beschwerden, welche man früher als simulierte auffaßte, eine hinreichende Erklärung abzugeben: alle die Schwierigkeiten, die sich anfangs in den Weg stellten, sind damit in hohem Maße verringert oder ganz beseitigt worden, so daß wir heute ein ziemlich genaues, streng objektives Bild von sehr vielen Unfallfolgen zu liefern imstande sind und dementsprechend eine größere Sicherheit in der Beurteilung der Unfallfolgen erlangt haben.

Die begutachtende Tätigkeit der Ärzte hat nun durch das Inkrafttreten der jüngsten Novelle zum U. V. G. noch dadurch für uns Ärzte an Bedeutung gewonnen, als fortan jeder praktizierende Arzt in die Lage versetzt werden kann, ein Gutachten abgeben zu müssen, weil vor der Rentenfeststellung der behandelnde Arzt zu hören ist. Somit liegt der Schwerpunkt der ärztlichen Mitarbeit bei der Durchführung der Unfallgesetze in der Gutachtertätigkeit. Um diese in sozialbrauchbarer Weise entfalten zu können, ist es nötig, daß die Ärzte sich bewußt werden, daß die Abgabe von Gutachten nicht mehr bloß reine Gefühlssache des Einzelnen sein darf, sondern daß bei ihr ein möglichst wissenschaftlicher Standpunkt einzunehmen ist, denn nur dadurch wird eine möglichst vollkommene Objektivität gewahrt; erst in zweiter Linie dürfen humanitäre Gesichtspunkte berücksichtigt werden.

Es ist also notwenig, daß die in den letzten 20 Jahren erworbenen neuen Erfahrungen, Kenntnisse und Untersuchungsmethoden zum Gemeingut aller praktizierenden Ärzte werden; insbesondere ist es das Gebiet der inneren Medizin und der Nervenheilkunde, sowie der Chirurgie, mit deren Fortschritten der Arzt nicht auf gespanntem Fuß leben darf, aber auch in der Gynäkologie und Ohrenheilkunde muß er zum mindesten die Diagnostik in hinreichendem Maß beherrschen; denn die Grundlage für eine erfolgreiche Gutachtertätigkeit beruht einzig und allein auf **einer sehr eingehenden Untersuchung** und **der sofortigen Protokollierung des Befunds.**

Die Untersuchung ist nach einem bestimmten Plane vorzunehmen, im allgemeinen nach den üblichen Grundsätzen bei der Krankenuntersuchung. Im besonderen ist zu bemerken, daß die Untersuchung von Unfallverletzten sich nicht für eine stark besetzte Sprechstunde eignet, weil, wenn wir unsere Sache recht machen wollen, viel Zeit namentlich zur Aufnahme des ersten Untersuchungsbefundes erforderlich ist. Der Verkehr des Arztes mit den Unfallverletzten muß unbefangen, vertrauenerweckend und vorsichtig sein: es sollen namentlich schlimme prognostische Bemerkungen unterbleiben, es sollen aus naheliegenden Gründen keinerlei Suggestivfragen an den zu Untersuchenden gestellt werden, unter keinen Umständen sollten bestimmte Unfallrenten in Aussicht gestellt werden, denn nur zu häufig kann man die stereotype Äußerung hören, der behandelnde Arzt habe gesagt, das werde nie mehr ganz recht u. dgl. — und das sei auch so!

Für die örtlichen Unfallfolgen ist es durchaus notwendig, den Befund, wenn irgendwie möglich, in Zahlen anzugeben; grundsätzlich muß auch die gesunde Seite untersucht und gemessen werden. Diese Messungen sind nicht bloß deshalb unerläßlich, weil der untersuchende Arzt sich selbst täuschen kann über die mit dem Augenmaß abgeschätzten Zahlenwerte, sondern namentlich auch deshalb, weil diese Zahlen für die mit der Rentenfestsetzung betrauten Instanzen eine sehr wichtige Handhabe bilden, hier sprechen bekanntlich Laien in medizinischen Dingen Recht und nur durch Abgabe des Befunds in recht vielen Zahlenwerten wird es diesen ermöglicht, die ärztlichen Erfundberichte und Gutachten richtig zu verwerten. Insbesondere für die Berufungsinstanzen ist diese Art der Erstattung des Befundes von hohem Wert, weil dadurch die Nachuntersuchungen auch für andere Gutachter sehr erleichtert und nicht zum mindesten dazu beigetragen wird, daß die erhobenen Ansprüche der Verletzten in gerechter Weise nachgeprüft werden können. Auch dürfte die immer mehr zunehmende Anzahl von Berufungen dadurch erheblich eingeschränkt werden.

Das Instrumentarium zur zahlenmäßigen Feststellung des Untersuchungsbefundes ist nun ein sehr einfaches und sollte deshalb im Besitz eines jeden Gutachters sein. Wir brauchen ein Meterbandmaß, einen Winkelmesser und einen Kraftmesser, letzteren nicht nur zur Feststellung der Handkraft, sondern fast noch mehr um die Glaubwürdigkeit der Untersuchten zu prüfen. Mit den beiden ersteren werden die Längen- und Umfangsmaße der Extremitäten, die Winkelstellung der Gelenke und die Grenzen der Bewegungsmöglichkeit bestimmt.

Damit kommt man in den sehr vielen Fällen, bei welchen es sich nur um körperliche Unfallfolgen handelt, also um Folgen nach Beinbrüchen, Fingerverletzungen, Gelenk- und Muskelverletzungen, Verlust einzelner Glieder usw. zum Ziel.

Die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit ist hier einfach, sie richtet sich nach den vom Reichsversicherungsamt gegebenen Normen, cf. u. a. Haags Rentenfigur.

Umständlicher gestaltet sich die Untersuchung, wenn die Klagen des Verletzten nicht mit dem in Zahlenwerten zur Anschauung gebrachten Untersuchungsbefund in Übereinstimmung gebracht werden können. Hier hat man dann an die immer häufiger auftretenden nervös-funktionellen Unfallfolgen zu denken. Rasch orientiert man sich, wenn man den Eindruck, den der Verletzte macht, ins Auge faßt und das Verhalten des Pulses prüft; dieser ist meist stark beschleunigt und zwar nicht bloß beim Beginn der Untersuchung, sondern dauernd. Je unklarer aber sich ein Fall präsentiert, um so eingehender muß die Untersuchung ausgeführt werden. Das psychische Verhalten, die Pupillen, die Reflexe, die Sensibilität, das motorische Verhalten, das Gehör usw. sind einer methodischen Untersuchung zu unterziehen, der Zustand der Kreislauforgane ist zu ermitteln und der Urin chemisch zu untersuchen, das alles weil früher solche Verletzten sehr gern der Simulation bezichtigt wurden und eine solch eingehende Untersuchung für manche sonst unerklärliche Klage hinterher eine hinreichende Erklärung zu geben vermochte.

Nach unseren heutigen Anschauungen kommt wirkliche Simulation nicht häufig vor. Am meisten begegnen wir ihr,

wenn Krankheitszustände, die vor einem Unfall bestanden haben oder Unfallfolgen aus einem Nichtbetriebsunfall in bewußt unwahrer Weise mit einem Betriebsunfall in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden, wie z. B. Krampfadern, Bruchschäden, Scheiden- und Gebärmuttervorfälle. Jedenfalls darf die Diagnose Simulation heute nur dann gestellt werden, wenn man sie positiv nachzuweisen imstande ist.

Anders steht es mit der Übertreibung von vorhandenen Folgen von Unfällen. Es ist übrigens menschlich nichts begreiflicher, als die Übertreibung. Wir alle wissen aus der täglichen ärztlichen Erfahrung, wie sehr bei jeder auch noch so unbedeutenden körperlichen Erkrankung stets das seelische Gebiet mitbeteiligt ist. Es sei hier nur erinnert an das Verhalten von nichtversicherten Personen, welche vielleicht schon jahrelang einen kleinen Bruchschaden oder gar eine Retroflexio uteri mit sich herumtragen, ohne davon eine Ahnung zu haben; eines schönen Tags erfahren sie nun zufällig von ihrem Arzt, daß sie mit einer derartigen Abnormität behaftet seien, daß das aber bei geeignetem Verhalten gar nichts zu sagen habe usw. Wir sind dann höchlichst erstaunt, wenn wir solche Patienten wiedersehen. Mit ihrer Seelenruhe ist es vorüber, Tag und Nacht treibt sie der Gedanke um, ein schweres, unheilbares Leiden zu haben, schweren Zeiten entgegenzugehen u. dgl. Mit einem Schlag ist aus einem harmlosen körperlichen Zustand ein unangenehmes seelisches Leiden geworden.

Es darf uns daher nicht wundernehmen, wenn beim verletzten Arbeiter außer der ersten Aufregung über einen erlittenen Unfall sich mit der Zeit eine nervöse Verstimmung einschleicht. Es sind hier Sorgen wirtschaftlicher Natur, Sorgen um die Existenz der Person und der Familie, um den Verlust der Stellung u. dgl., welche den Verletzten quälen. Je länger nun ein solcher mit der Wiederherstellung seiner Arbeitsfähigkeit zu tun hat, je länger er zu Hause sitzen muß und hier Gelegenheit hat, über seine mißliche Lage nachzubrüten, um so ausgesprochener entwickelt sich bei ihm unter dem Einfluß dieser und noch einer Reihe anderer ungünstiger, äußerer Umstände das typische Bild des Unfallverletzten mit seinem deprimierten Gesichtsausdruck, seiner gesunkenen Willensschwäche und seinem verminderten Selbstvertrauen, ein Symptombild, daß nach der ganzen Sachlage noch lange nicht in das Gebiet des Pathologischen zu verweisen ist.

Werden nun einem solchen Verletzten seine Klagen in Zweifel gezogen oder wird ihm von lieben Nachbarn seine Rente mißgönnt, so bleibt ihm bei einem Kampf ums Dasein unter abnormen Bedingungen nichts anderes übrig, als seine Leiden, die man ihm nicht glauben will, zu verschärfen, zu betonen, zu übertreiben; die Übertreibung wird bei ihm, wie sich Köppen so treffend ausdrückt, zum Verteidigungsmittel, zur Waffe, die er führt, um seine Ansprüche, die er als minderleistungsfähiger Mensch machen muß, durchzusetzen.

Daß von einer solchen Gemütsverfassung besonders bei Belasteten nur noch ein kleiner Schritt es ist hinüber zu den eigentlichen Unfallnervenkrankheiten, zu den traumatischen Neurosen, das lehrt die tägliche Erfahrung.

Die Beurteilung der einfachen Unfallnervosität, wie die der eigentlichen Neurosen, gehört heute noch zu den schwersten Aufgaben der Gutachtertätigkeit. Relativ leicht ist es, gewöhnliche Übertreibung auf das richtige Maß zurückzuführen, wenn man nur eingehend untersucht. Schwieriger wird die Sache, wenn die echten Neurosen, Neurasthenie, Hypochondrie und Hysterie vorliegen, am schwierigsten aber, wenn der Gemütszustand ein labiler ist, auf der Grenze zwischen gesund und pathologisch schwankt und deutliche, objektiv nachweisbare Unfallfolgen fehlen.

Für die Neurosen hat man in letzter Zeit als bestes Mittel zur Hebung der Willensenergie empfohlen, von Anfang an möglichst niedere Renten vorzuschlagen oder eine gewährte Rente möglichst bald wieder aufzuheben, um die Leute zur Wiederaufnahme der Arbeit gewissermaßen zu zwingen. Ich möchte mich dieser Empfehlung nicht anschließen. Es mag ja in gewissen leichten Fällen, wo der Ernährungszustand und die sonstigen Verhältnisse besonders günstig sind, ein solch rigoroses Vorgehen versuchsweise am Platz und auch von Erfolg sein, für alle Fälle eignet sich diese Empfehlung sicher nicht, denn nirgends mehr als hier muß man streng individualisieren, wobei noch der allgemeine Gesamteindruck, den der Verletzte macht, der Bericht zuverlässiger Vertrauensmänner über das Verhalten des Verletzten zu Hause, wo er sich unbeobachtet weiß, und die Auskünfte über seine Verdienstverhältnisse zu berücksichtigen sind.

Die schweren Formen mit Unterernährung und tiefem Depressionszustand, die nicht so selten sind, müssen für längere Zeit mit 100 % entschädigt werden, denn erst mit dem Gefühl, der Sorge des Kampfes um die berechtigte Rente enthoben zu sein, bessert sich bei diesen Verletzten das Allgemeinbefinden, das gesunkene Selbstvertrauen kehrt beim Verletzten allmählich wieder zur Norm zurück und schließlich schwingt er sich zur Wiederaufnahme der Arbeit auf, was vorher undenkbar war.

Bei den mittelschweren und leichten Formen genügt eine Teilrente, die je nach dem allgemeinen Eindruck und den sonstigen Verhältnissen zu bemessen ist.

Bei den unklaren Formen, wobei es uns nicht gelingen will, zu einem bestimmten Urteil über den Grad der Erwerbsunfähigkeit zu gelangen, gestehen wir dies lieber ganz offen, als uns mit gelehrten Darlegungen über die verschiedenen Möglichkeiten aus der unangenehmen Sachlage ziehen zu wollen, zumal da die Berufsgenossenschaften mit diesen Möglichkeiten rein nichts anzufangen vermögen.

Am häufigsten zweifelhaft ist aber die Sachlage, wenn es sich darum handelt, ob ein inneres Leiden mit einem Unfall in Zusammenhang gebracht werden darf. Gibt es doch heute kaum noch eine Krankheit, die nicht schon auf traumatischen Ursprung zurückgeführt worden wäre. Die Schwierigkeit der Beurteilung liegt darin, daß Ansprüche wegen innerer Leiden oft erst viele Monate nach dem Unfall erhoben werden, somit die Kontinuität zwischen Unfall und Entwicklung der Krankheit sehr schwer nachweisbar ist. Dazu kommt noch, daß häufig die wissenschaftliche Medizin noch gar nicht in der Lage ist, auf die Frage über die Bedeutung des Traumas für die Entwicklung einer Krankheit eine bestimmte Antwort zu geben.

Aus diesem Grunde ist es ratsam, dann gleichfalls ein non liquet auszusprechen und die endgültige Entscheidung unter Darlegung des Sachverhalts den Organen der Unfallversicherung zu überlassen. Auch ist zu betonen, daß wir bei der Begutachtung des Zusammenhanges einer Krankheit mit einem Unfall uns stets sehr vorsichtig äußern müssen; es ist verfehlt, um jeden Preis ein Ja oder ein Nein bestimmt aussprechen zu wollen, wenn die wissenschaftliche Begründung unmöglich oder noch nicht spruchreif ist. In solchen zweifelhaften Fällen genügt es, das Urteil so zu formulieren, daß die Annahme der traumatischen Entwicklung einer fraglichen Krankheit mit mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit gerechtfertigt ist oder nicht.

Günstiger liegen die Umstände, wenn zu begutachten ist, ob und in welcher Weise ein schon vor dem Unfall bestehendes Leiden durch letzteren beeinflußt worden ist. Zunächst werden wir uns hier mit Hilfe der Anamnese Auskünfte verschaffen über das frühere Allgemeinbefinden und die frühere Arbeitsbetätigung solcher Versicherten. Das ist leicht bei industriellen Arbeitern, weil hier die Krankenkassen Auskunft geben können, weniger leicht bei der ländlichen Bevölkerung, weil hier nicht alle Unfallversicherten auch gegen Krankheit versichert sind.

Dann müssen wir durch eine genaue Untersuchung darauf bedacht sein, daß nicht ältere krankhafte Veränderungen, welche mit dem Unfall nichts zu tun haben, aber mit ihm in Zusammenhang gebracht werden wollen, von uns als entschädigungspflichtig bezeichnet werden. Anderseits ist hier auf einige Zustände hinzuweisen, deren Beziehungen zu den Unfällen wir erst mit der fortschreitenden Erfahrung recht kennen und würdigen gelernt haben und worauf besonders Ledderhose aufmerksam gemacht hat: es sind das chronische Krankheitszustände bei meist älteren Leuten, welche bis zum Unfall infolge Anpassung des Organismus in ihrem gewohnten Beruf weiter arbeiten konnten ohne wesentliche Einschränkung ihrer Arbeitsfähigkeit. Hierher gehören außer den von Haus aus Nervösen, lungen-, herz- und gefäßkranke Personen, sowie alle älteren Leute mit Altersversteifungen der Gelenke; also Fälle von kompensiertem Herzfehler, von Arteriosklerose, von chronischer kompensierter Lungentuberkulose, chronischer kompensierter Bronchitis mit und ohne Emphysem, von chronisch-arthritischen Prozessen an den Gelenken, insbesondere den Wirbel-, Schulter- und Hüftgelenken. Hier genügt oft ein an sich unbedeutender Unfall mit längerem Krankenlager und längerer Arbeitsunfähigkeit, um den bisherigen Gleichgewichtszustand aufzuheben und schwere Folgen zu hinterlassen; daran ist dann der Unfall schuldig, und der Verletzte hat ein Recht auf Rente erworben.

Haben wir uns also pflichtmäßig bemüht, einen möglichst genauen objektiven Befund zu erheben, so wird es uns in den meisten Fällen nicht mehr allzu schwer fallen, dem Verletzten diejenige Stelle in der Invaliditätsskala zwischen 0 % und 100 % zuzuweisen, an die er gehört. Ist dies geschehen, so sind wir nunmehr auch berechtigt, unserem subjektiven ärztlichen und menschlichen Gefühl entsprechenden Ausdruck zu geben; zu berücksichtigen sind vor allem die äußeren Verhältnisse, unter denen der Verletzte lebt: also die sonstigen Gesundheitsverhältnisse, dann Familien-, Wohnungsverhältnisse, Alter, Jahreszeit, Berufsart, Arbeitsgelegenheit usw. Je nachdem werden wir uns dann entschließen, einen etwas höheren oder etwas niedrigeren Invaliditätsgrad anzunehmen. Bei ungünstigen äußeren Verhältnissen ist es sehr wohl angezeigt, einem Verletzten eine höhere Rente zuzubilligen oder ihn im längeren Genuß seiner Rente zu belassen, als dies streng genommen nach dem objektiven Befund nötig wäre.

Wie bekannt, sind es nicht nur die Versicherungsanstalten, sondern auch die Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichte bis hinauf zum Reichsversicherungsamt, welche sich schon oft über ungenügende und unbrauchbare ärztliche Gutachten beschwert haben. Diese Klagen erstrecken sich auf den Mangel an Vorbildung und Kenntnissen der Ärzte in Unfallsachen, auf oberflächliche und fahrlässige Abgabe von Gutachten (Gefälligkeitsgutachterei!) und auf die mangelhafte formale Schulung der Ärzte in der Sachverständigentätigkeit. Diese Klagen sind zum Teil berechtigt, zum Teil aber auch entschuldbar, weil es im großen und ganzen nicht nur den Ärzten, sondern auch noch den Studenten an hinreichender Gelegenheit fehlt, sich die nötigen Kenntnisse zu erwerben. Es gibt heute noch viele junge in die Praxis tretende Ärzte, welche hier zum ersten Mal in ihrem Leben dazu kommen, ein Gutachten ausfertigen zu müssen. Daß da dann aus Mangel an Vorbildung, Übung und Erfahrung Fehler häufig und unvermeidlich sind, das ist begreiflich.

Anders steht es in bezug auf die Klage, daß es Ärzte gäbe, junge und alte, welche durchaus für die von ihnen Untersuchten eine Rente herausschlagen möchten und in skrupelloser Weise ohne weitere Berücksichtigung des Tatbestandes ein diesbezügliches Gutachten abgeben. Es mag ja sein, daß ärztlich wirtschaftliche Sorgen hier eine gewisse Rolle spielen, denn das Vorkommnis ist nicht selten, daß ein sich benachteiligt fühlender, unzufriedener Rentenanwärter hinterher seinen Arzt in unqualifizierbarer Weise angreift und ihn mit allen Mitteln zu schädigen sucht. Trotzdem ist es nicht angängig, daß der Arzt hier in unnötiger Weise den Wohltäter spielt, er hat stets zu bedenken, daß er dadurch in unheilvoller Weise die im Publikum schlummernde Rentengier weckt und großzieht und daß er die einmal gerufenen Geister nicht mehr so leicht wieder los wird. Im Standesinteresse ist es somit dringend empfehlenswert, daß hier mehr Objektivität gewahrt wird; ein richtiger Verkehr mit dem Verletzten, eine ruhige offene Aussprache bei negativem Befundsergebnis vermag hier übrigens oft die Leute zur Einsicht bzw. zur Zurücknahme ihrer vergeblichen Rentenansprüche zu bewegen. Was ferner die formale Seite der Gutachtertätigkeit betrifft, so dürften die Klagen hierüber wohl am meisten berechtigt, die gerügten Mißstände aber auch am ehesten sich beseitigen lassen: sie betreffen die Handschrift, die Fremdwörter, die verzögerte Abgabe der Gutachten, den Mangel an Übersichtlichkeit in den Gutachten, die ungenaue Beantwortung bestimmt gestellter Fragen u. ä.

Die einfache und bescheidene Forderung, daß deutlich und in deutscher Sprache geschrieben wird, ist eigentlich so selbstverständlich, daß man sollte hieran nicht besonders erinnern müssen. Die beständigen Klagen aber und die stummen Bitten auf den Gutachtenformularen erweisen es nur zu klar, daß hierin noch viel gesündigt wird. Was sollen denn die Berufsgenossenschaften mit unleserlich geschriebenen, eine Menge fachtechnischer Fremdwörter enthaltenden Gutachten anfangen? Solche Gutachten sind einfach unbrauchbar und geben nur Anlaß zu unliebsamen Verzögerungen, Mißverständnissen, Schreibereien und Reibereien. In bezug auf die Fremdwörter ist es geradezu Pflicht des Arztes, sich in den sozialmedizinischen Gutachten genau so der Muttersprache zu bedienen, wie in den gerichtlich-medizinischen, indem doch stets zu bedenken ist, daß alle diese Gutachten in erster Linie für Nichtmediziner bestimmt sind. Man versetze sich einmal in die Lage eines solchen z. B. eines berufsgenossenschaftlichen Beamten, dem die Aufgabe zufällt, solche Fremdwörtergutachten zu studieren und daraus seine Schlüsse zu ziehen in bezug auf die tatsächliche Erwerbsunfähigkeit eines Untersuchten, so wird man sofort zur Überzeugung kommen, daß mit solchen gelehrten Ausdrücken weder dem Verletzten noch den Berufsgenossenschaften geholfen ist, also dem Zweck des Gesetzes keineswegs entsprochen wird. Einige Beispiele:

> „Die Gegend des l. Handgelenks war derart verändert, daß der Prozessus stiloideus ulnae stärker vorsprang als auf der gesunden Seite. Die Hand war in der Gegend des Handgelenks radialwärts verschoben und die Gegend des Prozessus stiloideus erscheint verbreitert. Hieraus ging hervor, daß das periphere Bruchstück radialwärts verschoben war. An der Beugeseite fand sich ein abnormer Vorsprung und an der Dorsalseite ein leicht einspringender Winkel, ferner war Krepitation vorhanden (Typischer Radiusbruch). Reposition und Verband mit Radiusschiene. Das Ulnarköpfchen trat stark zur Seite, die Hand ist radialwärts verschoben, während die Finger mehr ulnarwärts abgehen. Dicht am Handgelenk dorsalwärts sieht man eine konvexe Hervorwölbung und dahinter eine Konkavität. Im unteren Radio-Ulnargelenk eine Subluxationsstellung; die Muskulatur des Unterarms ist atrophisch."
>
> „Es besteht eine Beschränkung der Beweglichkeit im zweiten Phalangealgelenk, der r. Zeigefinger befindet sich in Hyperextensionsstellung. Die ganze Hohlhand wurde gequetscht, was eine Enukleation des Kleinfingers im Wurzelgelenk nötig machte."

„ . . . statt kallöser Verwachsung am Olekranon ist fibröse Verwachsung mit Diastase der Knochenfragmente eingetreten.“

„ . . . an der Beugeseite der ersten Phalange ist eine Wundöffnung, welche entstanden ist durch Entfernung des durch Sepsis nekrotisch gewordenen Knochenteils und z. Z. gesunde Granulationen aufweist . . . .“

„ . . . die Hiebwunde, an der Radialfläche des Daumenballens beginnend, durchsetzte die Faszien. Der Knochen zeigt an seiner Frakturationsstelle eine erhebliche Verdickung, hat sich aber fest und gerade konsolidiert, der Daumen verharrt in leichter Flexions- und Adduktionsstellung . . .“

In betreff der übersichtlichen Anordnung des Stoffs sollte streng geschieden werden zwischen Beschwerden, die der Verletzte vorbringt, objektivem Befund und dem Gutachten im engeren Sinn. Durch Beachtung derartiger, manchem als nebensächlich erscheinenden Dinge gewinnt das Gutachten in jeder Hinsicht an Brauchbarkeit. Den Berufsgenossenschaften wird ihre Aufgabe wesentlich erleichtert, und die Verletzten kommen viel rascher und eher zu einem Bescheid, was nicht zu unterschätzen ist.

Daß umgekehrt auch die Ärzte über die Organe der Unfallversicherung zu klagen haben, darf nicht übergangen werden. Ein alter Wunsch ist der, daß sofort nach der Anmeldung eines Unfalls ein ärztlicher Bericht vom behandelnden Arzt einverlangt werden sollte. Da gibt es nun Berufsgenossenschaften, welche offenbar in falsch angebrachter Sparsamkeit die Gepflogenheit haben, sich solche Berichte auf dem Umweg über die Ortsbehörden für Arbeiterversicherung, über die Krankenkassen oder Krankenhausverwaltungen zu verschaffen. Viele Berufsgenossenschaften warten ruhig die 13. Woche ab, bis die Entschädigungspflicht an sie herantritt. Es würde sicherlich viel zur Erleichterung für alle Beteiligten und zur Vereinfachung und Verbilligung so manchen Verfahrens beitragen, wenn solche ärztlichen Berichte regelmäßig und rechtzeitig von allen Berufsgenossenschaften verlangt würden. Diese Berichte, welche sich nicht bloß über die eigentlichen Verletzungen, sondern auch über die sonstige Körperbeschaffenheit und eventuell schon bestehende Krankheiten oder Krankheitsanlagen auszusprechen haben, sind ungemein wichtig, wenn später erhobene Ansprüche (z. B. wegen Entwicklung eines inneren Leidens) in gerechter Weise geprüft werden sollen, was ohne sie oftmals geradezu unmöglich ist.

Dann gibt es Berufsgenossenschaften, die ohne jegliche Mitteilung an den begutachtenden Arzt die Honorare kürzen und bei Reklamationen kurzer Hand mit der Entziehung der Begutachtungen drohen. Wie seitens der Berufsgenossenschaften von den Ärzten eine größere Sachkenntnis in Unfalldingen verlangt wird, so können auch wir Ärzte von den Geschäftsführern und Vorständen der Berufsgenossenschaften mit gleichem Recht erwarten, daß sie die Qualität der Gutachten auch nach dieser Seite hin richtig bewerten lernen. Denn wer die Gutachten in rein schematischer Weise alle über einen Kamm scheeren und vergüten will, der beweist damit zum mindesten auch seinen Mangel an Vorbildung und Kenntnissen in Unfallsachen. Falsch und durchaus nicht dem humanen Geist der sozialen Gesetzgebung entsprechend ist es, wenn im Interesse der Sparsamkeit möglichst kurze d. h. möglichst billige Gutachten verlangt werden. Denn dadurch muß die Rechtsprechung notleiden und einer gerechten Rechtsprechung können, wie dies schon mehrfach betont wurde, nur eine eingehende gewissenhafte Untersuchung und eine zweckmäßige Zusammenstellung des Untersuchungsbefundes die einzig brauchbaren Unterlagen liefern.

Aus allen diesen Darlegungen über die mannigfachen Beziehungen zwischen Arzt und Unfallgesetz ergibt sich nun, daß nicht allein die Ärzte, sondern alle mit der Vollziehung des Gesetzes Betrauten, also auch die Beamten, die Gewerbetreibenden und die Landwirte von Haus aus eine gründlichere Vorbildung und Schulung in der Praxis der Arbeiterfürsorgegesetze nötig haben. Darum gehört der Unterricht schon auf die Hochschulen. Der Mediziner kann die praktische Unfallheilkunde d. h. nicht allein die Behandlung, sondern auch die Untersuchung und Begutachtung der Unfallverletzten so wenig aus Büchern lernen, wie z. B. die praktische Psychiatrie, und der angehende Verwaltungsbeamte, Landwirt und Industrielle wird bei seiner späteren Tätigkeit auf dem Gebiet der sozialen Gesetzgebung den verschiedenen Fragen und Personen ein anderes Verständnis, als es heute noch der Fall ist, entgegenbringen, wenn er früher Gelegenheit gehabt hat, auf irgend einer Hochschule (Universität, technische, tierärztliche, landwirtschaftliche, Volks-, Hochschule) Vorlesungen und Kurse in den einschlägigen Fächern zu hören.

Über das Verhalten des Bahnarztes den Unfall-Verletzten gegenüber.*)

Von
Geh. S.-R. Isermeyer-Osnabrück.

Wohl jedem Arzte, der mit der Begutachtung und Abschätzung der Folgezustände von Unfall-Verletzungen zu tun hat, sind gewiß Momente gekommen, in denen ihm Zweifel an dem Segen der modernen sozialen Gesetzgebung aufgestiegen sind. Wie wir ältere Ärzte früher von den Erkrankungen an Krebs als von einer crux medicorum sprachen, so haben wir alle jetzt unter den Unfall-Krankheiten zu leiden, wie solche sich als ein novum im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte herausgebildet und entwickelt haben, mögen wir mit deren ärztlicher Behandlung oder als ärztliche Sachverständige mit der Begutachtung von deren Folgezuständen betraut sein.

Mit der Beurteilung der äußern Verletzungen und ihrer Folgen, soweit sie unsern Sinnen zugängig sind, können wir wohl noch eben so gut fertig werden wie früher; in schwierigeren Fällen stehen uns ja noch moderne Hilfsmittel, wie Durchleuchtung u. a. zur Verfügung. Aber auch hier denke ich an die Frage eines älteren lieben Kollegen, der gleich mir seine ärztliche Laufbahn als Assistent der chirurgischen Klinik in Göttingen begonnen hat: Kollege, können Sie noch einen gewöhnlichen Armbruch zur Zufriedenheit des Verletzten heilen? Meine Antwort lautete: Ja, wenn es sich um einen Privat-Patienten handelt, aber nicht bei einem Unfall-Verletzten. — Wie aber steht es erst, frage ich Sie, mit den unserer Sachverständigen-Beurteilung unterliegenden, so viel schwierigeren Fällen der sogenannten Unfall-Neurose, die richtiger wohl geradezu als Unfall-Hysterie zu bezeichnen ist? Längst ist es ja allgemein bekannt, daß in der überwiegenden Mehrzahl dieser Neurose-Fälle alle objektiven Symptome, wie sie uns die Untersuchung des Gesichtsfeldes mit Berücksichtigung aller Kautelen, die Untersuchung auf alle Stigmate, auf die vasomotorischen Symptomen-Komplexe usw. liefert, fehlen, und daß wir Ärzte da in unserer Abschätzung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit allein auf unser persönliches Gefühl angewiesen sind, wie Dr. Nonne-Hamburg in der Sachverständigen-Zeitung 1905, Nr. 9, so treffend des weiteren ausführt.

Trifft dies schon bei den auf Grund des Unfallfürsorgegesetzes versicherten Arbeitern zu, so gestaltet sich die Sache noch weit schwieriger für uns Bahnärzte, wenn wir mit Beamten zu tun haben, denen die Wohltaten des Gesetzes über Fürsorge für Beamte bei Betriebsunfällen zustehen. Hier handelt es sich nicht um einfache Abschätzung des dem Ver-

*) Vortrag bei der V. Jahresversammlung des Bahnärzte-Vereins Münster.

letzten noch verbliebenen Restes von roher Arbeitskraft, sondern um die schwierige Frage: Ist der Verletzte überhaupt noch körperlich und geistig fähig, die ihm obliegenden Dienstpflichten in seinem bisherigen Amte oder in einer andern, seiner bisherigen an Rang und Einkommen gleichen Stellung zu erfüllen?

Bei der Entscheidung solcher schwierigen Fragen wird jedem von uns, der als letzter Gutachter sich viel mit dem Durchlesen von Unfallarten zu beschäftigen hat, ersichtlich, wie viel gerade auf die erste Behandlung aller von vornherein nicht klar und offen liegender Verletzungen ankommt. Je ernster der zuerst zur Hilfe gerufene Arzt nicht etwa die Verletzung ansieht und behandelt, sondern seine Auffassung dem Verletzten gegenüber, wenn auch unabsichtlich, äußert, desto schwieriger ist es um die Aussicht auf Heilung bestellt. Ich halte es auch bei schwereren Verletzungen für die strengste Pflicht des Arztes, dem Kranken und seiner Umgebung nicht von vornherein jede Hoffnung auf Wiederherstellung zur Arbeits- oder Dienstfähigkeit zu rauben, sondern tröstend zu sagen, die Sache könne noch ein gutes Ende nehmen, es gehöre nur viel Geduld und Mut dazu, die Schmerzen zu ertragen usw. Gerade das psychische Moment ist hier besonders zu berücksichtigen, ebenso wie bei allen Verletzungen, welche das zentrale Nervensystem in Mitleidenschaft gezogen haben, auf langdauernde absolute Bettruhe zu halten ist. Wo solche nicht mehr nötig ist, empfehle ich dringend eine längere Beurlaubung des Kranken, womöglich in eine Umgebung, in der ihn nichts an den erlittenen Unfall erinnert.

Die größte Schwierigkeit kommt für uns aber dann, wenn es sich darum handelt, den Verletzten wieder an Tätigkeit, an Arbeit oder Wiederaufnahme des Dienstes zu gewöhnen. Dies kann gar nicht früh genug von seiten des behandelnden Arztes ins Auge gefaßt werden. Wir dürfen nicht müde werden, den Verletzten immer und immer wieder vorzustellen, daß nur die Wiederaufnahme der Arbeit, die allmähliche Gewöhnung an Tätigkeit sie vor einem unglücklichen Leben bewahren könne. — Hierüber sind wir Ärzte wohl alle einig. Die besondern Schwierigkeiten liegen aber in der Eigenart des Eisenbahnbetriebes, der volle, ganze Kraft jedes einzelnen erfordert. Glauben wir Ärzte mit gutem Gewissen sagen zu können, daß der Unfallverletzte wieder den Versuch, seine frühere Tätigkeit aufzunehmen, ohne Schaden für seine Gesundheit machen könne, so scheitert dieser oft nicht allein an dem mangelnden guten Willen des Verletzten, der ja fast immer sehr viel zu wünschen übrig läßt, sondern vielfach an den Widerstand der nächsten Vorgesetzten des Verletzten, Bahnmeister, Werkführer, Stationsbeamten, die keine halben oder Dreiviertel-Kräfte gebrauchen können, weil ihnen nur eine bestimmte Zahl voller Arbeitskräfte zur Bewältigung der Arbeit zugewiesen ist. Hier kann nur die Zusprache und Bitte des Bahnarztes an diese nächsten Vorgesetzten, nicht an die höheren Instanzen, helfen, im Interesse der Verwaltung es doch einmal eine Zeitlang mit dem Rekonvaleszenten zu versuchen. Meistens, wenn auch nicht immer, gelingt es ja auch, diesen nach mehr oder minder langer Schonungszeit wieder an regelmäßige Arbeit zu gewöhnen — und dann ist dem Unfallverletzten und uns allen geholfen. In hohem Grade unterstützt werden könnte unser Bestreben, auf solche Weise den Verletzten wieder an Tätigkeit zu gewöhnen, durch eine generelle Verfügung, wie solche vom Ministerium in betreff vorläufiger Schonung der aus den Lungenheilanstalten Entlassenen ergangen ist.

Von größter Wichtigkeit ist es auch, die verletzten Arbeiter gleich bei der ersten Bemessung der Unfallrente ausdrücklich darauf hinzuweisen, daß diese nur für einen kürzeren oder längeren Zeitraum zutreffend, daß eine Zunahme der Arbeitskraft nicht nur wahrscheinlich sei, sondern in sicherer Aussicht stehe, dann aber auch eine Herabsetzung der Unfallrente erfolgen müsse. Wir beugen damit jedenfalls in etwas der Unzufriedenheit vor, die sich wohl bei jedem Unfallverletzten im Falle der gebotenen Herabsetzung der Rente einstellt.

Die Schuld hierin liegt, wie Dr. Nonne a. a. O. ausführt, in dem in reinster Absicht geschaffenen Unfallversicherungsgesetz selbst, das zu Konsequenzen geführt hat, die die Urheber des Gesetzes nicht ahnten und nicht ahnen konnten. Der springende Punkt ist, daß beim Erlaß des Gesetzes nicht genug gerechnet wurde mit der Schwäche der menschlichen Natur, die durch Wohlwollen nur zu leicht verwöhnt wird, und daß andererseits unterschätzt wurde die zündende Kraft des Gedankens des Rechts auf Rente (oder bei den Beamten auf Pensionierung mit zwei Dritteln ihres bisherigen Diensteinkommens) und die Unerträglichkeit des Gedankens, eine einmal bezogene Rente wieder aufzugeben.

Wie schädlich bei diesem „Kampf um die Rente" Institute wie Volksbureaus, der längere Aufenthalt in sogenannten Unfallstationen und Krankenhäusern usw. einwirken können, wissen wir ja alle zur Genüge.

Aber, meine Herren Kollegen, lassen wir uns durch alle Schwierigkeiten nicht abhalten, trotz alledem und alledem unsre Schuldigkeit zu tun, keinem zum Leid und keinem zur Freud, mögen auch für uns durch unsre Sachverständigentätigkeit materielle Nachteile erwachsen, wenn wir die Gunst in den Kreisen der Verletzten verlieren. — Bewahren wir uns ein reines Gewissen! Das, nicht äußere Anerkennung, von welcher Seite es auch sei, ist unser bester Lohn!

Referate.

Allgemeines.

Obduktionsbefunde bei Erhängten.

Von Physikus Dr. Lochte, Hamburg.
(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin. 1905. Heft 2, S. 257.)

Das Ergebnis der Beobachtungen von 80 Fällen von gewaltsamem Tode durch Erhängen, von denen 78 männliche, 2 weibliche Personen betrafen, ist in Kürze folgendes:

Die Einteilung der Strangfurchen in typische und atypische ist für die Erklärung des anatomischen Befundes ohne Belang. Von wesentlicher Bedeutung ist der Grad der Kompression des Halses.

Um hierüber zu einem Urteil zu gelangen, ist es notwendig, vor allem die Lage, in der die Leiche gefunden wurde, das Strangulationswerkzeug, die Strangnarbe zu berücksichtigen. Der Grad der Lungenhyperämie ist durch den Grad der Kompression des Halses mit bedingt.

Cyanose und mehr oder weniger ausgesprochenes Lungenödem sind nur bei unvollständiger Kompression des Halses zu erwarten; bei vollständiger Kompression zurückgesunkene und wahrscheinlich eher blutarme als blutreiche Lungen. Ein unvollständiger Abschluß der Luftwege gehört nicht zu den Seltenheiten, er ist mit Wahrscheinlichkeit in allen Fällen von Lungenödem und sicher in den Fällen anzunehmen, in denen Mageninhalt aspiriert wurde. Sowohl im Gehirn wie in den Lungen wie auf der Schleimhaut des Magendarmkanals kann es während des Erhängens zu größeren Blutungen kommen; die Bedingungen sind in Blutstauungen und krankhafter Veränderung der Gefäßwände gegeben. J. Meyer, Lübeck.

Innere Verletzungen.

Von Dr. med. H. Hoffmann, Berlin.
(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin 1905. Bd. 29, Heft 2, S. 338.)

Verf. beschreibt 14 Fälle von tödlichen Verletzungen, die sich dadurch charakterisieren, daß ihre inneren Zerstörungen

als kolossale bezeichnet werden müssen, wie sie sich nach dem äußeren Befund nicht im entferntesten ahnen ließen und die zu diesen in gar keinem Verhältnis standen.

Die sämtlichen Verletzungen sind naturgemäß hervorgerufen durch Einwirkung schwerer äußerer Gewalt, in der Mehrzahl war das Überfahrenwerden die Ursache.

Von den inneren Organen waren verletzt die Leber 7 mal, Lunge 5 mal, Darm einschließlich Gekröse 4 mal, Niere einschließlich Nebenniere 3 mal, Zwerchfell 3 mal, Milz 2 mal, Herzbeutel 2 mal, Herz 2 mal, Harnblase 1 mal, Thymus 1 mal, Aorta 1 mal und Rückenmark 1 mal.

Wenn man nur nach dem äußeren Befunde urteilen müßte, wären viele dieser Verletzungen der Erkenntnis entgangen. Nicht immer sind die Verletzungen so gewaltig, daß sie ohne weiteres zum Tode führen und da mögen oft begutachtende Ärzte im Dunkeln tappen und geneigt sein, Klagen der Verletzten, für die kein sichtbarer Grund vorhanden scheint, als übertrieben anzusehen. Hier zeigen nun die 14 Obduktionen, welche kollossale Verletzungen vorhanden sein können, bei fast vollkommen intakter Körperoberfläche. Aus diesen Erwägungen heraus sind die mitgeteilten Obduktionsbefunde nicht nur für den Gerichtsarzt, sondern auch für den praktizierenden Arzt von hohem Interesse. J. Meyer, Lübeck.

Mort réelle et mort apparente.

Un nouveau procédé de constater par injection sous-coutanée que la mort est certaine von Icard.

(Journ. méd. de Bruxelles, 1905, Nr. 8.)

Das Aufhören des Blutkreislaufes ist der Tod. Mit dem Kreislauf hört die Resorption auf. Beim Scheintode besteht beides noch. Der Nachweis des Aufhörens der Resorption muß also als ein absolut sicheres Zeichen des Todes angesehen werden. Verf. kommt nach zahlreichen Tierversuchen zu folgendem Verfahren. Er injiziert subcutan 8 cbcm einer Lösung von Fluorescin, Natr. carb. aa 1, Aqu. dest ad. 8. Besteht noch Leben, so färben sich Haut und Schleimhäute in 3 bis 20 Minuten (je nach dem Grade der Vitalität) gelbgrünlich; die Augenbindehäute smaragdgrün. Bleibt die Färbung aus, so ist der Tod sicher. In jedem Falle ist die Injektion unschädlich. Eine Angabe, in welcher Zeit die Färbung beim Lebenden wieder verschwindet, fehlt.

Ich glaube nicht, daß das Verfahren Anklang finden wird, und zwar der Farbe wegen. Scheintod bedingt tiefes Darniederliegen der Lebensenergie und geht nicht selten in wirklichen Tod über. Erfolgt dies nach eingetretener Resorption des Fluoreszins, so kann die gelbgrüne Färbung der Leiche die Feststellung des wichtigstens Todeszeichens — der Zersetzung — nur erschweren. Ktg.

Luftleere von Lunge und Darm bei der Leiche eines Neugeborenen, welcher deutliche Atembewegung und Herzaktion gezeigt hat.

Von Kr.-Arzt Dr. Wengler in Alsfeld.

(Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1905, Nr. 13.)

Verfasser stellte Bestimmungen des spezifischen Gewichtes der Leichen Neugeborener an, in der Hoffnung, Grenzwerte zu finden, welche den Schluß erlauben, ob das Kind geatmet hat oder nicht. Luft in Lunge und Darm muß ohne Erhöhung des absoluten Gewichtes das Volumen der Kindesleiche vermehren, also das spezifische Gewicht vermindern. Aus zahlreichen Wägungen vermutete Verf., daß bei einem spezifischen Gewicht gegen 1,05 Luftleere von Lunge und Darm zu erwarten sei. In dem vorliegend beschriebenen Falle fand er 1,058, erfuhr aber dann in ganz einwandfreier Weise, daß das Kind vor dem Tode eine halbe Stunde geatmet habe. Atemzüge und Herzaktion waren notiert. Bei der Sektion wurde indessen Darm und Lunge vollständig luftleer gefunden. Verf. hebt mit Recht hervor, daß dieser Fall forensisch von Bedeutung ist, da er Zeugenaussagen glaubwürdig erscheinen lassen kann, welche Atembewegungen bei einem Neugeborenen bekunden, wenn auch die Obduktion eine luftleere Lunge und einen luftleeren Darm erwiesen hat. — Die Bestimmung des spezifischen Gewichtes kann als eine Unterstützung der Methoden gelten, welche die Feststellung des Luftgehaltes von Lunge und Darm zum Gegenstande haben. Ktg.

Chirurgie.

Ein Fall von traumatischer Lungenhernie ohne äußere Verletzung.

Von Dr. Cahen aus der orthopädischen Heilanstalt der DDr. Cahen und Fulda in Mannheim.

(Münch. med. Wochenschr. 1905, Nr. 1.)

Wegen Schwerbeweglichkeit des rechten Schultergelenks war ein 40jähriger Patient in Behandlung des Verfassers. Er hatte die Verletzung dadurch erlitten, daß ihm eine Kiste gegen die rechte Schulter gefallen war und sein Brustkorb gegen eine Wand gedrückt worden war. Erst kurz vor seiner Entlassung aus der Anstalt des Verfassers gab Patient an, daß sich beim Bücken am rechten Sternoclavicularwinkel eine Geschwulst vorwölbe. Dieselbe konnte auch beim Pressen langsam zum Entstehen gebracht werden; sie lagerte sich in Hühnereigröße in die erwähnte Gegend, war weich-elastisch, wies Lungenschall und Bläschenatmen auf und gab, als sie einmal, da sie spontan nicht zurückging, reponiert werden mußte, auskultatorisch ein feinblasiges Knistergeräusch. Eine Rippenfraktur bestand nicht, es mußte also, da Bestehen der Hernie vor der Verletzung mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte, eine Zerreißung der Zwischenrippenmuskulatur stattgefunden haben. Die Hernie verursachte, eingeklemmt, nur geringe, sonst keine Atembeschwerden. Sie wurde als Unfallfolge anerkannt und eine Rente von 40 % empfohlen. Nach acht Monaten noch keine Besserung, die Operation wurde abgelehnt. Seelhorst.

Zur Behandlung der Herzverletzungen.

Von Dr. A. Neumann, Direktor d. chir. Abt. d. städt. Krankenhauses Friedrichshain zu Berlin. (Nach einem Vortrage in der Berl. med. Gesellschaft.)

(Berl. klin. Wochenschr. 1905, Nr. 21, S. 643.)

N. vervollständigt die Mitteilung Borchardts über eine neue Art von Herznaht, die ersterer 1898 versucht hat. Bei einer Stichverletzung des myokarditisch entarteten rechten Ventrikels rissen die auf gewöhnliche Art angelegten Nähte in dem morschen Muskelgewebe. B. nähte deshalb durch Herzbeutel und Herzwand und knüpfte die Nähte außerhalb des Herzbeutels über einem auf die Wunde gelegten Tupfer. Pat. lebte noch $^3/_4$ Stunden. Die Methode bleibt beachtenswert. — Ferner stellte N. einen Mann vor, bei dem er 1893 den durch einen Messerstich breit eröffneten Herzbeutel zwölf Tage lang mit einem Jodoformmullstreifen drainiert hatte, der um das Herz herumgelegt war. Indikation hatte die Ungewißheit über die Herkunft der Blutung, und die Möglichkeit der Wiederholung gegeben. Der Verlauf war in fünf Wochen günstig. Doch behielt Pat. vier Jahre lang Beschwerden, die wohl aus einer Verwachsung der Blätter des Perikards resultierten: Anfälle von Beklommenheit und Schwindel; auch traten viermal Anfälle mit klonisch-tonischen Zuckungen der linken Körperseite auf, welche als hystero-epileptische im Zusammenhange mit der Ver-

letzung angesehen wurden. Diese Beschwerden verloren sich seit acht Jahren; haben außerdem den Mann niemals verhindert, die schwerste Arbeit als Hausdiener, dann auf einer Gasanstalt zu verrichten.

[Hierin liegt die besondere Bedeutung des Falles für die Sachverständigenbeurteilung. Er reiht sich den von Nonne in Nr. 9 publizierten an. Ich glaube bestimmt, daß der Mann seine nervösen Beschwerden niemals verloren hätte und noch heute eine hohe Rente beziehen würde, wenn seine schwere Verwundung durch einen versicherungspflichtigen Unfall verursacht gewesen wäre.] Ktg.

Verletzung des Herzens durch einen Wurfspeer.

Von Mc. Ardle.

(Journ. of the Royal Army med. Corps. Aug. 1904. [Militärarzt 1905, Nr. 11 u. 12.])

In das Lazarett zu Kassala wurde ein Sudanese gebracht, in dessen Brust die Spitze eines Wurfspießes steckte. Die Waffe war im linken 7. J. C. R. zwischen Brustwarze und Sternalrand eingedrungen. Als man nach erfolgter Rippenresektion die Waffe herausziehen wollte, entdeckte man an ihr sechs Widerhaken, von denen die zwei obersten den linken Ventrikel angespießt hatten. Vorsichtige Ausschneidung und Muskelnaht. Heilung nach mehreren Monaten; nach Überwindung einer linksseitigen exsudativen Pleuritis. Ktg.

Über einen Fall von disseminierter Fettnekrose infolge Schußverletzung des Pankreas.

Von Dr. R. Kindt aus dem pathologisch-anatomischen Institut des Friedrichstädtischen Krankenhauses zu Dresden (Direktor: Obermedizinalrat Prof. Dr. Schmorl).

(Münch. med. Wochenschr. 1905, Nr. 10.)

Ausgebreitete Fettgewebsnekrose beobachtete Verfasser an einem Fall, in welchem durch Revolverschuß der Magen durchbohrt und das Pankreas durchlöchert war. $9\frac{1}{2}$ Stunden nach der Verletzung konnte bei der wegen Zunahme peritonitischer Erscheinungen gemachten Operation, bei welcher die Wunden an Vorder- und Hinterwand des Magens genäht wurden, von Fettgewebsnekrose noch nichts entdeckt werden, die Pankreaswunde wurde durch Tamponade gedeckt. Neun Stunden nach der Operation erfolgte der Tod unter den Erscheinungen, welche bei allen mit Fettgewebsnekrose eingegangenen Patienten zu beobachten sind: Meteorismus, Übelkeit, Aufstoßen, Erbrechen, Angst, Unruhe bei klarem Bewußtsein, erhöhter Temperatur — im Falle des Verfassers 40° —, also Erscheinungen ähnlich wie bei Perforationsperitonitis. Zwei Tage später wurde seziert und dabei keine Perforationsperitonitis, in dem Fettgewebe der Umgebung des Pankreas aber die charakteristischen Nekroseherde gefunden, die in der Umgebung des Schußkanals am zahlreichsten waren und ringsum allmählich an Zahl und Größe abnahmen.

Zwei andere nachher an demselben Institut beobachtete Fälle von Pankreasverletzung zeigten ganz analogen Verlauf. Auch den von Haffner-München, med. Wochenschr. 1904, Nr. 33, veröffentlichten Fall, in welchem eine Verletzung des Pankreas nicht stattgefunden haben sollte, führt Verf. auf eine Ernährungsstörung im Pankreas, die als Folge der Bauchkontusion auftrat, zurück, jene Patientin starb ein halbes Jahr nach der Verletzung. Seelhorst.

Betriebsunfall und Leistenbruch.

Von Dr. Goldner.

(Zeitschrift für Eisenbahnhygiene, Heft 4.)

Goldner weist darauf hin, daß gerade der sogenannte äußere Leistenbruch vom Laien mit Vorliebe auf einen Unfall zurückgeführt wird. Verf. hat nachweisen können, daß es weit mehr kongenitale Hernien gibt als wir mit Hilfe der uns gegenwärtig zu Gebote stehenden Erkennungsmerkmale diagnostizieren können. Die Autopsien in vivo jener Fälle, die ein plötzliches Entstehen nach einem erlittenen Trauma verzeichnen lassen, geben fast allemal die klare Antwort auf diese Frage eindeutig im Sinne der Kongenitalität. Unter 88 ihrer Anamnese nach plötzlich entstandenen Leistenbrüchen fanden sich 66 sicher kongenitale vor, in keinem Falle ergab der Operationsbefund einen Anhaltspunkt für die traumatische Entstehung. Auf Zuerkennung einer Unfallrente hat der Versicherte nur Anspruch, wenn die bei dem Unfall erlittene Verletzung eine der mitwirkenden Ursachen der Erwerbsunfähigkeit abgegeben hat. Wendet man diese Definition auf den durch einen Betriebsunfall angeblich entstandenen Leistenbruch an, so müßte folgerichtig ein schweres Trauma direkt oder indirekt auf die Leistengegend eingewirkt, die Leistenpfeiler eventuell bei intakter Bauchhaut zerrissen und dadurch vielleicht auch den Austritt von Eingeweiden veranlaßt haben, so daß also ein Bruch in allen Stücken durch das Trauma gebildet wird. Es sind in der ganzen einschlägigen Literatur nur drei Fälle bekannt, welche diesen Bedingungen genügen. Verfasser kommt danach zu folgenden Resultaten:

1. Der Leistenbruch bildet in den allermeisten Fällen eine kongenitale Anlage.

2. Er stellt bei älteren Individuen durch langsam zunehmendes Schwächerwerden der Muskulatur und der Bruchpforten eine Berufskrankheit, eine erworbene Anlage dar.

3. Nur in ganz exzeptionellen Fällen mag es durch ein evidentes Trauma zu einem wirklich traumatischen Leistenbruch kommen.

Vom Schiedsgericht dürfen nur wissenschaftlich unzweifelhafte Unfallsbrüche anerkannt werden. Die Versicherten müßten über die Grundlosigkeit ihrer Ansprüche, die Wahrscheinlichkeit einer Dauerheilung auf operativem Wege und über die Tatsache aufgeklärt werden, daß der Leistenbruch eine pathologische Anlage ist. B.

Ein Fall von plötzlich auftretendem und Ileus verursachendem Fettbruch des Leistenkanals bei einer 83jährigen Frau.

Von Dr. Aronheim-Gevelsberg i. W.

(Monatsschr. f. Unfallkunde u. Inv. Wesen 1905, Nr. 6.)

Patientin erkrankte nach völligem Wohlbefinden in der Nacht mit heftigen Leibschmerzen und Erbrechen. Hartnäckige Verstopfung seit zwei Tagen. Die Untersuchung des Leibes ließ nirgends einen Bruch erkennen. Erst am folgenden Morgen, bei stark gesteigerten Beschwerden war links dicht über dem Poupartschen Band eine 8 cm lange wurstförmige, äußerst schmerzhafte Geschwulst zu fühlen, die als eingeklemmter Leistenbruch anzusehen war. Repositionsversuch erfolglos, nachmittags Operation. Wider Erwarten fand sich keine Darmschlinge, sondern ein apfelgroßes Lipom, welches mit breitem Stiele aus dem Leistenkanal hervortrat und vom parietalen Peritoneum ausging. Den bruchsackähnlichen Überzug bildete die Fascia transversa und das äußere Peritonealblatt. Die Geschwulst wurde abgetrennt; die Bruchpforte geschlossen, Heilung in acht Tagen. Über die Entstehung der Lipome ist Sicheres nicht bekannt; ihre Unterscheidung von Darmbrüchen ist vor der Operation kaum möglich; Verwechslung mit abgeschnürten Netzbrüchen leicht. Das plötzliche Eintreten solcher Geschwülste in den Leistenkanal bei starker Anwendung der Bauchpresse bedingt nach Ansicht des Verf. ihre Anerkennung als Betriebsunfall nach den für Darmhernien maßgebenden Grundsätzen. Ktg.

Hygiene.

Über Luftverunreinigung, Wärmestauung und Lüftung in geschlossenen Räumen.

Von Prof. C. Flügge.

Über den Einfluß wieder eingeatmeter Exspirationsluft auf die Kohlensäureabgabe.

Von Dr. B. Heymann.

Die Wirkungen der Luft bewohnter Räume.

Von Dr. E. Paul.

Das Verhalten Kranker gegenüber verunreinigter Wohnungsluft.

Von Dr. W. Ercklentz.

(Ztschr. f. Hyg. u. Inf.-Krankh. Bd. 49, Heft 3.)

Die Arbeiten Flügges und seiner Schüler aus dem Breslauer hygienischen Institut prüfen sämtlich die Frage nach Wesen und Ursache der Luftverderbnis in bewohnten Räumen. Schon 1883 machten Versuche von Hermanns es wahrscheinlich, daß die chemischen Änderungen, welche durch die normalen gasförmigen Ausscheidungen des Menschen in der Luft bewohnter Räume hervorgerufen werden, einen Einfluß auf die Gesundheit nicht haben. Brown-Séquard und d'Arsonval behaupteten fünf Jahre später doch wieder, daß der Mensch ein gesundheitsschädliches „Anthropotoxin“ ausatme. Beu, Rauer, Lübbert u. a. haben Brown-Séquards Angaben zwar widerlegt, aber ihre Angaben haben nicht die gebührende Beachtung gefunden. Das liegt nach Flügges Annahme mit daran, daß ihre Versuche nur an Tieren oder auf nicht hinreichend breiter Basis angestellt wurden. Deshalb haben Paul und Ercklentz größere Versuchsreihen an Gesunden und Kranken angestellt, die in geschlossenen Glaskästen längere Zeit verweilen mußten und dann in bezug auf Puls, Atmung und dergleichen, aber auch mit Rücksicht auf das subjektive Empfinden und die Anzeichen geistiger Ermüdung untersucht wurden. Die Arbeit von Heymann befaßt sich speziell mit einer Angabe von Wolpert, die in den letzten Jahren eine große Rolle spielte. Wolpert behauptete, daß die ausgeatmete Kohlensäure die Abgabe weiterer Kohlensäuremengen aus dem Körper beeinträchtigt und somit zu einer CO_2-Stauung führe. An der Hand ausführlicher Versuchsprotokolle kommt Heymann zu dem Schlusse, daß diese Angabe irrig sei. Flügge selbst zieht aus diesen und früheren Untersuchungen die Schlüsse in theoretischer und praktischer Hinsicht. Er stellt sich ganz auf den Standpunkt von Hermanns. Die Luftverderbnis in bewohnten Räumen beruht auf physikalischen Vorgängen (Wärmestauung), nicht auf chemischen Veränderungen der Luft. Dementsprechend ist es in erster Linie richtig, der Überhitzung vorzubeugen. Selbst die riechenden Stoffe, die von der Zersetzung der Hautprodukte, von kariösen Zähnen, von Nahrungsmitteln usw. herrühren, erregen zwar eben durch den Geruch Ekel und müssen deshalb beseitigt werden (— und zwar in erster Linie durch vermehrte Reinlichkeit, in zweiter durch Lüftung —), aber die Annahme, daß sie direkt gesundheitsschädlich oder gar giftig wirken, wird durch die Experimente nicht bestätigt. Was endlich Staub und Kontagien betrifft, so sind sie durch Lüftung allein überhaupt nicht zu beseitigen, müssen vielmehr auf mechanischem Wege beseitigt werden.

Bei der Wichtigkeit dieser Arbeiten erscheint es notwendig, nach diesen orientierenden Bemerkungen, die Schlußfolgerungen die Flügge zieht, ausführlich wiederzugeben. 1. Zahlreiche, mit seinen Prüfungsmethoden und unter genauer Berücksichtigung der thermischen Verhältnisse an gesunden und kranken Menschen angestellte Versuche haben ergeben, daß die chemischen Änderungen der Luftbeschaffenheit, welche in bewohnten Räumen durch die gasförmigen Exkrete der Menschen hervorgerufen werden, eine nachteilige Wirkung auf die Gesundheit der Bewohner nicht ausüben. 2. Wenn in geschlossenen, mit Menschen gefüllten Räumen gewisse Gesundheitsstörungen, wie Eingenommenheit des Kopfes, Ermüdung, Schwindel, Übelkeit usw. sich bemerkbar machen, so sind diese Symptome lediglich auf Wärmestauung zurückzuführen. 3. Die thermischen Verhältnisse der uns umgebenden Luft — Wärme, Feuchtigkeit, Bewegung — sind für unser Wohlbefinden von erheblich größerer Bedeutung, als die chemische Luftbeschaffenheit. Auch das erfrischende Gefühl, welches bei ausgiebiger Lüftung geschlossener Räume oder im Freien empfunden wird, resultiert nicht sowohl aus der größeren chemischen Reinheit der Luft, sondern aus der besseren Entwärmung des Körpers. 4. Eine Überwärmung unserer Wohnräume muß daher tunlichst vermieden werden. Während dies im Hochsommer oft schwer durchzuführen ist, gelingt es in den übrigen Jahreszeiten relativ leicht. 5. In erster Linie müssen die Heizeinrichtungen stets so betrieben werden, daß die Temperatur die oberste Grenze von 21° niemals übersteigt. Namentlich ist dies in öffentlichen Räumen (Schulen) scharf zu kontrollieren. In der Regel soll die Temperatur der beheizten Räume zwischen 17 und 19° liegen. 6. In überwarmen Räumen kann oft schon durch künstliche Zirkulation der Luft ohne Zufuhr von Außenluft eine gewisse Abhilfe geschaffen werden. 7. Durch Lüftung in überwarmen Räumen Abhilfe zu schaffen, ist im Winter während der Benutzung des Zimmers durch Menschen gefährlich und zu vermeiden, weil durch die Einwirkung kalter Luftströme auf die vorher überwärmte Haut leicht Erkältungskrankheiten entstehen. 8. Dagegen kann durch periodische Lüftung der Räume zu unbewohnter Zeit der Überwärmung wirksam begegnet werden. 9. Für die in Wohnräumen vorkommenden Gerüchen, welche vorzugsweise den Zersetzungen auf Haut und Schleimhäuten sowie den Kleidern der Bewohner entstammen, ist eine gesundheitsschädliche Wirkung nicht nachgewiesen. 10. Dagegen erzeugen diese Gerüche beim Betreten der Räume Ekel und sind deshalb tunlichst zu beseitigen. 11. Dies kann geschehen teils durch Vorbeugung und Desodoration, teils durch kontinuierliche Aspirationslüftung, oder durch periodische Zuglüftung des unbewohnten Zimmers. 12. Die Lüftung hat nicht die Aufgabe und ist nicht imstande, bewohnte Räume von Staub oder Kontagien zu befreien. Lehfeldt.

Luftverunreinigung durch die Heizkörper im geheizten Eisenbahnwaggon.

Von Dr. A. Hinterberger in Wien.

(Zeitschr. für Eisenbahnhygiene. Jahrg. I, Heft 3, S. 63.)

Durch die Röstung des Staubes, der sich auf den heißen Heizkörpern in den Coupés niederschlägt, entwickeln sich Gase, welche bei den Reisenden unangenehme Erscheinungen hervorrufen. Von Reizungszuständen der Luftwege bis zu schwerer Benommenheit des Kopfes reicht die Reihe dieser Intoxikationssymptome. Ohne auf die Natur der entwickelten Gase näher einzugehen, macht Verf. Vorschläge zur Abhilfe, die die Beachtung der Eisenbahnverwaltungen verdienen. Dabei spielt fleißiges Reinhalten der möglichst glatt herzustellenden Heizkörper die Hauptrolle. — [An der Richtigkeit der Anregungen ist nicht zu zweifeln. Die Vorwürfe treffen Übelstände, welche den Zentralheizungen im allgemeinen anhaften. Die Beseitigung ist aber im Eisenbahnzuge wohl kaum möglich. Durch die Erschütterungen des Fahrens wird, zumal in gepolsterten Coupés, eine derartige Masse von Staub mobil, daß man sich dagegen in keiner Weise schützen kann. Wie die Heizkörper während langer Strecken ununterbrochener Fahrt, namentlich in Zügen ohne Durchgangsmöglichkeit, von diesen Staubwolken frei gehalten werden können, bleibt trotz der wohlmeinenden Absicht des Verfassers, ein ungelöstes Rätsel. Ref.] Ktg.

Theoretisches und Praktisches zur Formaldehyddesinfektion auf dem Lande.

Von Dr. Werner, Kreis-Assistenz-Arzt zu Marburg.
(Zeitschr. f. Med.-Beamte 1905, Nr. 13.)

In der hygienischen Abteilung der Desinfektorenschule zu Kassel wurden Versuche angestellt, welche sich auf die Wirksamkeit der genannten Desinfektion und die dazu nötigen Vorbedingungen, Apparate und deren Leistungsfähigkeit bezogen. Hierbei ist, wie vorweg bemerkt wird, auch die früher bekannt gemachte Einwirkung des F. auf Tuberkelbazillen wieder bestätigt worden.

Es bedarf zur Wirkung der Gegenwart von Wasserdampf; 3 l Wasser auf 100 cbm Raum. Methoden ohne dies (Aesculap-, Hygiea-Lampe etc.) sind wertlos. Ferner der Konzentration von 5 g F. pro Kubikmeter Raum bei 7 stündiger Einwirkung. Das setzen auch die Bestimmungen des neuen Reichs-Seuchengesetzes fest. Die Kosten werden dadurch allerdings gegenüber den bisherigen Apparaten erhöht. Von den käuflichen Apparaten ist eine Leistungsfähigkeit für 150 cbm zu verlangen. Für die Gewinnung des Formalingases kommt heute nur die flüssige Lösung in Betracht; denn die aus dem festen Paraformaldehyd z. B. in Gestalt der Scheringschen Pastillen, ist fünfmal teurer. Ein Apparat, der ländlichen Desinfektoren in die Hand gegeben werden soll, muß einfach und so fest konstruiert sein, daß er auch einmal eine rauhe Behandlung verträgt. Dem genügt am besten der Breslauer Apparat, der vom Regierungspräsidenten allgemein zur Anschaffung empfohlen ist. Bei einem Fassungsvermögen von 9,5 l desinfiziert er 150 cbm Raum. Zum Schutz des Desinfektors wie zur Verhütung von Seuchenverschleppung ist neben dem Instrumentarium ein Anzug nebst Kappe und Schuhen nötig; ferner eine große, solide Bürste zur mechanischen Reinigung. Alles Zusammengehörige wird so schwer, daß es von einem einzigen Manne nicht transportiert werden kann. Die von Roepke angegebene kompendiösere Einrichtung verdient Beachtung; sie desinfiziert aber nur Räume von 110 cbm Inhalt.

Neuerdings sind von Flügge und Reichenbach Einwände gegen die reichsgesetzlichen Bestimmungen erhoben, und es ist geltend gemacht worden, daß für eine Anzahl von Desinfektionen eine geringere Zeit der Einwirkung genügt — die sich dann auch wohlfeiler stellt. Verf. spricht sich gegen diese Ansicht aus. Bei der Qualität der ländlichen Desinfektoren müssen die Bestimmungen durchaus so gehalten sein, daß dem eigenen Ermessen der Leute nichts überlassen bleibt. Ktg.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Bericht über die Ausschuß-Sitzung des Verbandes Deutscher Bahnärzte zu Eisenach auf der Wartburg am 14. Mai 1905.

Vorsitzender: Schwechten, Schriftführer: Ramm und Herzfeld. Es nahmen teil 31 Mitglieder und 4 Gäste.

Der Vorsitzende eröffnet um 11 Uhr die Sitzung, begrüßt als neues Mitglied Herrn Hofrat Dr. Dehler-Würzburg, als Gäste die Herren Rüdlin, Loeffler, Flöel und Roepke. Geh. Rat Rüdlin dankt für die Begrüßung und verspricht im Auftrage des Herrn Ministers die Förderung der bahnärztlichen Interessen.

Das Protokoll der letzten Ausschußsitzung in Metz von 1904 wird als bekannt ohne Verlesung und ohne Widerspruch angenommen.

1. Das Ersuchen des Herrn Ministers an die Vereins-Vorstände, je ein Exemplar der jeweiligen Verhandlungen ihrer Vereine dem zuständigen Eisenbahn-Präsidenten zu überreichen.

I. Geschäftliches. Der Vorsitzende teilt folgende Eingänge mit:

2. Einladung des Samaritertages nach Kiel.

Herr Blume wird zum Delegierten des Verbandes Deutscher Bahnärzte gewählt.

3. Für die nächste Sitzung ladet Herr Stich nach Nürnberg und Herr Beck nach Stuttgart ein. Letzteres wird angenommen mit der Maßgabe, die Sitzung in der zweiten Hälfte des April stattfinden zu lassen.

4. Herr Schwalbe teilt mit, daß er die Mitgliederliste der Bahnarzt-Vereins-Vorstände in seinem Medizinal-Kalender im nächsten Jahr wieder aufnehmen wird.

5. Nicht benützte Freikarten müssen den Direktionen zur Vermeidung von Weiterungen zurückgegeben werden.

6. Mitteilung über Gründung und Zweck des Eisenbahn-Heims in Borkum. Der Vorsitzende empfiehlt die Benutzung desselben. Prospekte, Hausordnung und Bücher über Borkum und seine Heilfaktoren reicht Herr Ramm herum.

7. Mitteilung der Direktion Hannover, daß kranke Eisenbahner, welche eine Kur in Oeynhausen gebrauchen wollen, vertragsmäßig bahnärztliche Behandlung durch Dr. Aly daselbst erhalten, und auch in seiner Anstalt Aufnahme finden können. Gesuche um Aufnahme müssen vorher an Dr. Aly gerichtet werden.

8. Der Vorsitzende macht bekannt, daß er mit der Ausarbeitung eines neuen Arznei-Verordnungsbuches zur Verbilligung der Arzneien für die Eisenbahn-Betriebs-Krankenkassen beauftragt ist und bittet um Einsendung geeigneter Vorschläge.

9. Das statistische Amt hat die Absicht, ärztliche Tagebücher für Krankenkassen einzurichten.

II. Antrag Schwechten.

Halten die Mitglieder des Verbandes eine erweiterte Fürsorge in der von der preußisch-hessischen Eisenbahngemeinschaft geplanten Weise (a und b) für zweckmäßig und durchführbar?

a) Mit der Errichtung der beiden Lungenheilstätten Moltkefels und Stadtwald ist für eine sachgemäße Behandlung derjenigen tuberkulösen Eisenbahnbediensteten gesorgt, bei denen die Krankheit sich in den Anfangsstadien befindet. Nicht ausreichend erscheint aber zurzeit in vielen Fällen die Fürsorge, welche den unheilbar erkrankten Bediensteten und den erkrankten Angehörigen der Bediensteten zuteil wird. Ihnen werden, da sie in die Heilstätten aus mancherlei Gründen nicht aufgenommen werden können, nur diejenigen Hilfen zuteil, auf welche sie als Mitglieder der Betriebskrankenkasse oder als Angehörige solcher Anspruch haben, oder die ihnen der Bahnarzt zu leisten hat. Daneben hat die Eisenbahnverwaltung in diesen Fällen, insbesondere dann, wenn die Erkrankten nicht in der Lage waren die Kosten einer zweckentsprechenden Behandlung aus eigenen Mitteln zu bestreiten, durch Zuwendungen aus dem Unterstützungsfonds Hilfe geleistet. Hierbei ist indes vielfach die Erfahrung gemacht worden, daß die gewährten Unterstützungen seitens der damit Bedachten unzweckmäßig, oft sogar in einer den Kranken geradezu schädlichen Weise verwendet wurden. Es ist deshalb in Frage gekommen, die Mittel des Unterstützungsfonds besser als bisher zu einer systematischen Tuberkulosefürsorge zu verwenden.

Hierzu bedarf die Verwaltung in erster Linie der werktätigen Unterstützung der Bahn- und Bahnkassenärzte. Diese hätten schon bei beginnender Krankheit, falls der Erkrankte damit einverstanden ist, jeden Fall von Tuberkulose, der nach ihrer Ansicht eine Fürsorge erheischt, anzuzeigen und dabei gleichzeitig Vorschläge zu machen, in welcher Weise eine Fürsorge einzutreten hätte.

Um der Verwaltung ihre Entschließung hinsichtlich der Wahl der Fürsorgemaßregel zu erleichtern, würden über jeden Krankheitsfall Ermittlungen, etwa nach Anleitung des Formulars b) anzustellen sein.

Ob diese Ermittlungen ganz oder nur teilweise durch den Arzt oder durch andere dafür geeignete Personen vorzunehmen sein würden, bedarf der Erörterung. Es ist der Verwaltung erwünscht, eine Äußerung des Ausschusses über die in Aussicht genommenen Maßregeln vor deren Einführung zu erhalten.

b) **Familien-Fürsorge.**

für die Bediensteten der Preußisch-Hessischen Eisenbahngemeinschaft.

Direktionsbezirk ....

Name, Stand und Wohnort des Ausstellers.

I. Erhebungen über die Familienverhältnisse:	
1. Name und Vorname des Haushaltungsvorstandes?	
2. Wohnort, Straße, Hausnummer?	
3. Alter? Familienstand? ledig? verheiratet?	
4. Beruf und Einkommen? (Berufstätigkeit? Tages- oder Nachtdienst? Arbeitszeit? Tagesverdienst? Monatsgehalt? Sonstige Einnahmen?)	
5. Arbeitsunfähigkeit? (Seit wann? vorübergehend? dauernd? Krankengeld? Rente? Pension?)	
6. Besondere Bemerkungen? Vermögensverhältnisse? Alkoholismus und ähnliches?	
7 Ehefrau? (Alter? Verstorben, wann, woran? Berufstätigkeit? Verdienst außer Hause?)	
8. Besondere Bemerkungen? (Kräftezustand? Schwangerschaft? oder ähnliches?)	
9. Kinder? (Zahl? Alter? Im Hause lebend? Schulpflichtig? wieviel verstorben? wann? woran?)	
10. Besondere Bemerkungen? (Außer Hause lebend? Unterstützen die Eltern?)	
II. Erhebungen über die Krankheit:	
11. Wer ist krank? (Mann? Frau? Kinder? Sonstige Familienangehörige?)	
12. Art der Krankheit? (Hauptsächlichste Klagen? Krankheitszeichen? Seit wann?)	
13. Verlauf der Krankheit? (Arbeitsfähig? Arbeitsunfähig? Bettlägerig? In ärztlicher Behandlung? Bei wem? Früher durchgemachte Kuren?)	
14. Besondere Bemerkungen: (Wer pflegt den Kranken? Wünsche des Kranken? und ähnliches.)	
III. Häusliche Verhältnisse der Kranken:	
15. Wohnungsverhältnisse: (Geschoß? Wieviel Zimmer? Kochküche? Zimmer genügend groß oder zu klein? Trocken oder feucht? Hell oder dunkel? Sauber oder schmutzig? Mietspreis pro Monat?)	
16. Schlafzimmer: (Wieviel Personen schlafen hier? Hat jede ein Bett? Hat der Kranke ein eigenes Zimmer? Hat der Kranke ein Bett für sich?)	
17. Wird in dem Wohnzimmer gekocht oder gewaschen oder ein Gewerbe betrieben?	
18. Angaben über die Ernährung, Kleidung, Reinlichkeit des Kranken (Auswurfbeseitigung?)	
19. Vorschläge für die Hilfeleistungen an die Familie bzw. den Kranken. (Nahrungsmittel? Stärkungsmittel? Spuckflasche? Desinfektionsmittel [Lysoform]? Zahnbürste? Zahnpulver? Kleider? Decken? Wohnung? Geldunterstützung? Unterbringung des Kranken ins Krankenhaus? Heilstätte? Erholungsstätte? Seehospiz? Ferienkolonie? Walderholungsstätte?)	
IV. Ärztliche Äußerung.	
20. Deutsche Bezeichnung der Krankheit:	
21. Besteht Ansteckungsgefahr? Ist Wohnungsdesinfektion empfehlenswert? Wann?	
22. Anordnungen und ärztliche Fürsorge-Vorschläge: (Siehe unter 19)	
V. Getroffene Maßnahmen:	
Datum:	
VI. Erhaltene Resultate:	
Datum:	

Herr Rüdlin begründet die Vorlage folgendermaßen:

Die großen Verheerungen, welche die Tuberkulose namentlich in den wirtschaftlich schwächeren Kreisen der Bevölkerung alljährlich anrichtet, hat schon seit vielen Jahren die Aufmerksamkeit der Ärzte und der Laien auf eine systematische Bekämpfung dieser Volkskrankheit hingelenkt. Weitverzweigte gemeinnützige Vereine, staatliche Institute, größere Kommunen und wohltätige Menschenfreunde haben ihre Kräfte in den Dienst dieser Aufgabe gestellt und durch ihre Tätigkeit bereits sichtbare Erfolge erzielt. Mannigfach sind die Wege, auf denen man dem Ziele zustrebt. In erster Linie hat man durch Vorträge und belehrende volkstümliche Schriften den Sinn weiter Volksschichten, welche bisher verständnislos der Krankheit und insbesondere ihren Anfängen gegenüber standen, zu wecken gesucht. Sodann hat man durch Aufnahme der Erkrankten in die neu errichteten Lungenheilstätten vielen Personen, bei denen die Krankheit noch nicht die schweren Formen angenommen hatte, Heilung verschafft und vollständige Erwerbsfähigkeit wiedergegeben. Schließlich hat man durch Errichtung von Pflegeanstalten für Unterbringung der unheilbar Erkrankten gesorgt und hierdurch nach zwei Richtungen hin segensreich gewirkt, einmal, indem man diesen hoffnungslos Erkrankten bis an ihr Ende eine Pflege verschaffte, die ihnen in ihrer Häuslichkeit nicht zuteil werden konnte, und zum andern, indem man ihre Mitmenschen, insbesondere ihre Angehörigen, dadurch von der Gefahr befreite, die ihnen unausgesetzt von der Ansteckung durch jene drohte. Ergänzend hat man dann noch an vielen Orten nach dem Vorbilde der belgischen und französischen dispensaires Einrichtungen getroffen, welche eine sachgemäße ärztliche Behandlung und eine zweckentsprechende Lebensweise derjenigen Erkrankten, welche aus irgend welchen Gründen in die Heil- oder Pflegestätten nicht aufgenommen werden können, ermöglichen sollen.

Auch seitens der Eisenbahnverwaltung hat man seit Jahren sich diesen Bestrebungen angeschlossen. Auf allen Gebieten ist auf eine Verbesserung der hygienischen Verhältnisse,

insbesondere der Wohnungsverhältnisse der Bediensteten Bedacht genommen; durch Verteilung belehrender Schriften, insbesondere des Tuberkulose-Merkblatts ist für geeignete Belehrung Sorge getragen.

Zwei neue mit den besten Einrichtungen ausgestattete Heilstätten der Pensionskasse wirken segensreich nicht nur für die erkrankten Pensionskassenmitglieder, sondern nehmen auch Beamte in die Behandlung auf.

Als nicht ausreichend muß indes jetzt noch die Fürsorge bezeichnet werden, welche den unheilbar erkrankten Bediensteten und den erkrankten Angehörigen von Bediensteten zuteil wird. In die Heilstätten können diese Personen aus mancherlei Gründen nicht aufgenommen werden. Es können ihnen vielmehr z. Z. nur diejenigen Hilfen zuteil werden, welche ihnen satzungsmäßig als Mitglieder der Krankenkasse zustehen oder — soweit es sich um Beamte und deren Angehörige handelt — welche der Bahnarzt ihnen vertraglich zu gewähren hat.

Da indes diese Hilfen bei den gering besoldeten Bediensteten allein nicht ausreichen, um den Kampf gegen die Tuberkulose mit Erfolg aufzunehmen, so hat sich die Eisenbahnverwaltung stets bereit finden lassen, mit den Mitteln ihrer Unterstützungsfonds auszuhelfen. Hierbei ist indes vielfach die Erfahrung gemacht worden, daß die gewährten Unterstützungen seitens der damit Bedachten unzweckmäßig, oft sogar in einer den Kranken geradezu schädlichen Weise verwendet wurden. Die Verwaltung geht deshalb mit der Absicht um, die Mittel der Unterstützungsfonds besser als bisher zu einer systematischen Tuberkulosefürsorge zu verwenden. Mitbestimmend für diese Absicht ist neben den erörterten allgemeinen Erwägungen auch die Tatsache, daß ein großer Teil der Eisenbahnbediensteten, insbesondere das Zugpersonal in die Lage kommt, auf seinen Fahrten die Ansteckungskeime weithin zu vertreiben und dadurch der Allgemeinheit gefahrbringend zu werden. Die in Aussicht genommene Fürsorge würde nur auf Antrag der Bediensteten eintreten, und auch nur solchen Bediensteten gewährt werden, die nicht in der Lage sind, die Kosten aus eigenen Mitteln zu bestreiten.

Hierzu bedarf die Verwaltung aber in erster Linie der Unterstützung der Bahn- und Bahnkassenärzte. Die hätten jeden Fall von Tuberkulose, der nach ihrer Ansicht eine Fürsorge seitens der Verwaltung erheischt, falls auch die Erkrankten damit einverstanden sind, sofort nach der Feststellung zur Kenntnis der Verwaltung zu bringen, und dabei gleichzeitig Vorschläge zu machen, in welcher Weise die Fürsorge einzutreten hätte. Außerdem hätten die Ärzte den Kranken genaue, schriftlich niedergelegte Verordnungen zu erteilen, aus denen insbesondere die Tageseinteilung, Diät, zulässige Beschäftigung, Ruhe und dergleichen hervorgehen müßten. Die Vorschläge der Ärzte hätten sich beispielsweise auf die Verabreichung von Spuckflaschen, Thermometern, Lysoform usw., auf die Verbesserung der Ernährung (Milch, Eier, Fleisch), auf die Verabfolgung reiner Bettwäsche und nötigenfalls von Bettstücken, Desinfektion der Wohnung pp., Stellung von Pflegepersonal, geeignetenfalles auch auf die Unterbringung in Heilstätten, Seehospizen, Walderholungsstätten, Pflegeanstalten usw. zu erstrecken. Die Ermittlungen über jeden Krankheitsfall würden zweckmäßig nach Anleitung eines Formulars, etwa nach dem vorgelegten Muster vorzunehmen. Ob die Ermittlungen über die wirtschaftlichen Verhältnisse der Erkrankten wie sie das Formular vorsieht, ganz oder teilweise durch die Ärzte oder durch andere Personen — vielleicht die Krankenkassenkontrolleure oder Dienststellenvorsteher — vorzunehmen sein würden, bedarf der näheren Erörterung.

Welche Art der Fürsorge im einzelnen Falle einzutreten hat, bestimmt die Eisenbahndirektion unter Berücksichtigung des ärztlichen Vorschlages und nach Maßgabe der vorhandenen Mittel. Zu diesem Zweck wird beabsichtigt, die aus dem Unterstützungsfonds bewilligten Mittel in geeigneten Fällen nicht in bar auszuzahlen, sondern sie direkt zur Anschaffung der für erforderlich gehaltenen Heilmittel, Lebensmittel und sonstigen Gegenstände (Betten, Wäsche pp.) oder zur Durchführung des etwa in Aussicht genommenen Heilverfahrens zu verwenden.

Eine Mehrbelastung der Ärzte wird durch dieses Vorgehen nicht herbeigeführt werden, sie sollen nur veranlaßt werden, diesen Krankheitsfällen systematisch und gleich in den Anfängen ihre besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden und die Verwaltung über die erforderlich erscheinenden Maßregeln zu unterrichten.

Es entspinnt sich über diese Fragen eine lebhafte Debatte, in welcher die Herren Weber, Hager, Davidsohn, Preuß, Röpke, Ramm, Vogel, Bode, Fröhlich, Rinke, Schwechten ihre Erfahrungen und Anschauungen niederlegen. Schließlich wird der von Vogel-Rinke gestellte Antrag einstimmig angenommen, dahin lautend: „Der Ausschuß D. B. Ä. erkennt den Vorschlag des preußischen Ministeriums für erweiterte Familienfürsorgen der Bahnbediensteten als durchaus zweckmäßig an und wird, soweit es in seinen Kräften steht, zur Mitwirkung und Durchführung dieser Vorschläge die Bahnärzte veranlassen. Insbesondere wird empfohlen, für die Desinfektion der Wohnungen — auch der Privatwohnungen — Sorge zu tragen.“

III. Vorläufige Besprechung der Tagesordnung der Sektion für Eisenbahnhygiene auf dem internationalen Hygienekongreß 1907 in Berlin. Nach längerer eingehenderer Debatte werden folgende Themata vorgeschlagen:

a) Seuchengefahr und ihre Verhütung im Eisenbahnbetriebe.
b) Über die Gefahren geisteskranker Bahnbediensteter für den Eisenbahnbetrieb.
c) Die Verletzungen im Eisenbahnbetriebe und ihre Verhütungen.

Die Wahl der Referenten bleibt vorbehalten.

IV. Anträge Beck.

a) Für den zur Zeit des Hygienekongresses 1907 in Berlin stattfindenden 7. Verbandstag Deutscher Bahnärzte sind nur solche Themata zu wählen, welche für den Bahnarzt von Wichtigkeit sind, und diese Themata sind nur von Bahnärzten zu besprechen. Die Beiziehung von Autoritäten der Wissenschaft, welche keine Erfahrung auf bahnärztlichem Gebiete haben, ist zu vermeiden.
b) Bei den Verbandstagen der Deutschen Bahnärzte ist die Schaustellung und Anpreisung von Genußmitteln nicht mehr zu gestatten.
c) Die Annahme von Einladungen zum Besuch von gewerblichen oder industriellen Etablissements soll von der Leitung der Verbandstage abgelehnt werden.

Zu den Anträgen Beck kommt nach einer langen Debatte die Versammlung zu der Überzeugung, daß die Anträge in der gestellten Form als zu weitgehend zu erachten sind. Die Versammlung erkennt die Tendenz der Anträge an und will durch Einführung der Worte „tunlichst“ und „möglichst“ dieselben auch zum Beschlusse erheben. Jedoch kann der Verband es nicht anerkennen, daß von vornherein solche Themata ganz ausgeschlossen seien, da bei wichtigen Fragen, wie z. B. Alkoholismus, Ernährung usw., es dem Vortragenden wohl erlaubt sein muß, ihm bekannte und bewährte Präparate anerkennend zu erwähnen, bzw. vorzuführen.

Dem engeren Ausschuß wird die Pflicht auferlegt, für sachgemäße Ausführung dieses Beschlusses Sorge zu tragen.

V. Anträge Schwechten.

a) Hält es der Ausschuß im Anschluß an die von Professor Fürstner angeregte Frage für wünschenswert, den Bahn-

verwaltungen zu empfehlen: „Gelegenheiten zu schaffen, in Verbindung mit Sanatorien, deren Ärzte genügend psychiatrisch geschult sein müssen, um die Unfallverletzten von vorn herein an Arbeit zu gewöhnen?

b) Ist den Bahnverwaltungen zu empfehlen (im Anschluß an den Vortrag des Professor Ledderhose) in die Anweisung zum Unterricht für die Samariterkurse aufzunehmen: „Waschen, Desinfizieren der Wunde, Extraktion von Fremdkörpern, Blutstillungsversuche sind streng zu verbieten.“

Zu a). Der Antragsteller begründet den Antrag a) damit, daß die Bahnärzte bisher mit der Behandlung der Unfall-Neurosen große Schwierigkeiten hatten, weil es besonders durch das mangelnde Verständnis und Entgegenkommen der unteren Eisenbahn-Dienststellen unmöglich gemacht wurde, rechtzeitig die Unfall-Neurotiker zur Arbeit wieder heranzuziehen. Aus diesen Gründen scheine die frühzeitige Überweisung in zweckmäßig geleitete Sanatorien etc. wie z. B. Haus Schönow bei Zehlendorf, Thiem-Kottbus, Hermannshaus in Sachsen (Prof. Windscheid) angezeigt.

In der lebhaften Diskussion, an welcher sich die Herren Preuß, Loeffler, Herzfeld, Le Blanc, Löwenthal, Vogel, Schwechten, Ullersberger, Davidsohn, Beck, Weber, Sonnenkalb, Gilbert, Laschke, Hager und Rüdlin beteiligen, wird einerseits die Undurchführbarkeit der Zwangsüberweisung festgestellt; auch fürchteten viele derartige Anstalten als Schulen für das Simulantentum. Die Wichtigkeit der frühzeitigen Beschäftigung wurde allseitig anerkannt. Auch wurde auf das Beamten-Fürsorge-Gesetz und den Ministerialerlaß vom November 1903 betreffend Beschäftigung mit leichterer Arbeit für die aus den Tuberkulose-Heilstätten Entlassenen aufmerksam gemacht, und Anlehnung an diese als vielleicht möglich hingestellt. Hindernd stände das Krankenkassen-Gesetz im Wege, welches den Kranken während der Krankheit (13 Wochen) die Arbeit verbiete. Hierzu bemerkt Herr Rüdlin, daß vielleicht seitens der Ärzte die Arbeit als Heilmittel verordnet werden könnte.

Von anderer Seite wurde noch darauf aufmerksam gemacht, daß die Bahnärzte mit größerem Selbstvertrauen an die Behandlung und Begutachtung dieser Kranken herangehen sollten, damit sie nicht nötig hätten, die Behandlung etc. an Autoritäten abzugeben.

Schließlich einigt man sich auf folgenden Kompromiß-Antrag, welcher einstimmig angenommen wird.

„Der Ausschuß D. B. Ä. empfiehlt den Behörden, Gelegenheiten zu schaffen, um die Unfallverletzten von vornherein an Arbeit zu gewöhnen, ähnlich wie es der Ministerial-Erlaß vom November 1903 für lungenkranke Bahnbedienstete gewährleistet hat.“

Zu b). Der Antragsteller weist auf den Ledderhoseschen Vortrag hin und bemerkt, daß der Neudruck der Unfallverhütungs-Vorschriften jetzt bevorstehe und deshalb die Frage aktuell sei.

Die betreffenden Paragraphen sind 7e und 7₅. Es wird vorgeschlagen, daß Paragraph 7e folgende Fassung erhält: Die Wunde selbst darfst Du auf keinen Fall mit den bloßen Fingern berühren und reinigen, sondern nur mit einem Bausch Sublimat-Mull (hinzuzufügen) „bedecken“.

§ 7₅. Findest Du fremde Körper in einer Wunde, wie Splitter von Holz, Glas, Eisen, so (versuche, dieselben vor Anlegung des Verbandes herauszunehmen. Vermeide hierbei aber jede Gewalt und berühre die Wunde selbst nicht mit den Fingern. Wenn auf diese Weise die Beseitigung der fremden Körper nicht gelingt, so) lasse sie ruhig liegen, bis der Arzt kommt. Sei aber dann beim Bedecken der Wunden und beim Anlegen des Verbandes besonders vorsichtig. Versuche nicht oder gib nicht zu, daß die Wunde in anderer Weise, als oben beschrieben, gereinigt werde, auch nicht mit reinem Wasser.

Es wird beschlossen das in ( ) gesetzte zu streichen und statt „auch nicht mit reinem Wasser“ zu setzen „außer mit reinem gekochten Wasser“.

Ferner wird nach eingehender Debatte beschlossen, im Anschluß an die Anfrage des preußischen Kriegsministeriums statt der Trikotschlauchbinden in den Rettungskästen auf dem Wege des allmählichen Ersatzes Gurtbinden oder Bendersche Idealbinden zu empfehlen.

VI. Anträge Zeitlmann.

a) Die Anforderungen an die Tauglichkeit und die Untersuchungsmethoden bei der Annahme von Bahnbeamten sind einheitlich zu regeln.

b) Mit Rücksicht auf die Betriebsmittelgemeinschaft empfiehlt sich eine einheitliche Einrichtung der in den Zügen mitgeführten Rettungskästen.

c) Kurzer Bericht über die in Bayern gemachten Erfahrungen mit den verschiedenen Untersuchungsmethoden zur Erkennung der Farbenblindheit.

Zeitlmann knüpft an die Mitteilungen Ullersbergers auf der Metzer Tagung an und berichtet in längeren Ausführungen über die in Bayern bei der Farbensinnprüfung des Personals gemachten, wesentlich anders lautenden Erfahrungen. Er erwähnt u. a. einen Fall, in welchem die Farbensinnstörung eines Lokomotivführers einen Eisenbahnzusammenstoß veranlaßt hat. Er teilt das Ergebnis einer Rundfrage bei den Augenärzten der bayerischen Bahnverwaltung über den Wert der Prüfungsmethoden nach Holmgren, Stilling und Nagel mit und führt die Kautelen an, welche zu beachten sind, wenn Irrtümer seitens der Bahnärzte vermieden werden sollen. Zeitlmann ist der Meinung, daß mit jeder der genannten drei Methoden alle Farbensinnstörungen, welche praktisch von Belang sind, gefaßt werden können; ebenso auch durch die Prüfung mit dem Cohnschen Täfelchen. Die farbenschwachen und anormalen Trichromaten, welche die erwähnten Proben nicht bestehen, seien vom Betriebsdienste auszuschließen. Die praktische Probe mit den im Betriebe gebräuchlichen farbigen Signalen liefere bei diesen kein einwandfreies Ergebnis. — Bisher sei in Deutschland bei Eisenbahn und Marine die Holmgrensche Prüfungsmethode in allgemeiner Verwendung gewesen. Die von der preußischen Bahnverwaltung geplante Einführung der Nagelschen Tafeln an Stelle der Holmgrenschen Probe würde also zunächst eine große Ungleichheit hervorrufen. Man solle sich daher zu einer derartigen Änderung nur entschließen, wenn wirklich gewichtige Vorzüge für die Nagelschen Tafeln sprächen. Referent schätze diese sehr hoch, bezweifle aber, ob sie der Holmgrenschen Probe überlegen seien. Er betrachte es als eine Hauptaufgabe des Ausschusses, die Frage der körperlichen Tauglichkeit des Personals und der zweckmäßigsten Untersuchungsmethoden fortgesetzt im Auge zu behalten und auf Einheitlichkeit der einschlägigen Bestimmungen hinzuwirken. Die Grundlagen der Untersuchung, die Untersuchungsmethoden, die Vorschriften bezüglich der Aufnahmefähigkeit oder Untauglichkeit eines Bewerbers sollten überall in deutschen Landen die gleichen sein. Der Ausschuß oder eine Kommission desselben solle die hierher gehörigen Fragen prüfen und einheitliche Grundsätze aufstellen. Fällt das Ergebnis dieser Prüfung entschieden zugunsten der Nagelschen Tafeln aus, so sollten diese bei sämtlichen Verwaltungen eingeführt werden, sei es neben oder ohne Holmgren.

Zu b) macht Zeitlmann im Hinblick auf § 59 der Eisenbahn-Bau- und Betriebsordnung sowie auf die geplante Betriebsmittelgemeinschaft Vorschläge bezüglich einer gleichmäßigen

Ausstattung der in den Zügen mitzuführenden Verbandkästen und zeigt im Anschluß daran das Muster des von der bayerischen Verwaltung zur Einführung bestimmten Verbandskastens vor. Im Falle der Betriebsmittelgemeinschaft würde es einen Übelstand bedeuten, wenn in den nun durch ganz Deutschland laufenden Dienst- und Gepäckwagen Verbandkasten verschiedenen Inhalts mitgeführt würden; das Personal, welches die Nothilfe leisten solle, könne sich doch mit dem verschiedenen Inhalt verschiedener Rettungskästen nicht so vertraut machen, daß es rasch und sachgemäß zu handeln vermöge. Durch die Aufnahme von sogenannten Einzelverbänden in die Zugverbandskasten ließe sich ohne Schwierigkeit eine Einheitlichkeit des Inhalts erreichen, wenn vielleicht auch nicht mit einem Schlage, so doch allmählich auf dem Wege des Ersatzes nach Verbrauch des derzeitigen Inhalts. Die Einzelverbände hätten vor den bisherigen Verbandstoffpackungen den Vorzug der Billigkeit und sofortigen Gebrauchsbereitschaft. In Bayern seien die Bahnmeisterdistrikte seit einigen Jahren mit Einzelverbänden ausgerüstet. Die damit gemachten Erfahrungen seien sehr günstige. Das bayerische, von Professor Schmitt angegebene Einzelverbandmuster könne zur allgemeinen Einführung empfohlen werden.

Nunmehr zeigt Schwechten zwei Farbenuntersuchungsbänder von Dr. Schmitz-Dortmund vor. Die Versammlung erkennt in denselben nur eine verschleierte Prüfung auf der Strecke, und kann diese Methode als gleichwertig mit den bestehenden Untersuchungsmethoden nicht empfehlen. Herr Schwechten anerkennt zwar den Wert der Holmgrenschen Methode, bemerkt aber dazu, daß sie von farbenschwachen Bahnärzten überhaupt nicht ausgeführt werden kann. Die Nagelschen Proben dagegen liefern in jedem Fall ein positives Ergebnis, und könnten auch selbst von farbenblinden Ärzten ausgeführt werden. Er befürwortet die Einführung der Nagelschen Proben. Er ist sich der Tragweite dieser Empfehlung gegenüber der Forderung der Marine und der außerpreußischen Bahnärzte voll bewußt.

Zu Punkt a und b der Zeitlmannschen Ausführungen zeigt Referent den bayerischen Zugverbandkasten vor, bei dessen Herstellung die praktischen Erfahrungen sowie die Fortschritte der Technik berücksichtigt wurden, und ersucht die Anwesenden, ihr Urteil darüber abzugeben und etwaige Verbesserungsvorschläge zu machen.

Nach einer kurzen Diskussion, in welcher Blume an Stelle der Trikotschlauchbinden Gurte mit Schnallen empfiehlt, werden einstimmig folgende Beschlüsse gefaßt:

a) Die Anforderungen an die Tauglichkeit und die Untersuchungsmethoden bei der Annahme von Bahnbediensteten sind einheitlich zu regeln. Der engere Ausschuß wird beauftragt, die einschlägigen Fragen zu prüfen und den Verwaltungen Vorschläge zu machen.

b) Der engere Ausschuß soll den Verwaltungen empfehlen, die von der bayerischen Verwaltung demnächst einzuführenden neuen kleinen Zugverbandkästen, welche vom Verbande D. B. Ä. für sehr praktisch gehalten werden, probeweise einzuführen. Auch möchten die Verwaltungen diese Kästen bei Einführung der Betriebsmittelgemeinschaft berücksichtigen, allmählich einführen oder wenigstens im Interesse der Gleichheit das System der Einzelverbände übernehmen.

VII. Bericht der Kommission Hager, Davidsohn, Vogel, Ramm.

a) Über Gründung eines eigenen Vereinsblattes.

b) Über den Anschluß an den Deutschen Ärztevereinsbund und über das Verhältnis zum Ärztevereinsblatt. Hierzu kurzer Rückblick von Herzfeld-Berlin (Halle).

Der Vorsitzende der Kommission Herr Hager berichtet, daß die Kommission einstimmig beschlossen habe, einen anderweitigen Modus der Veröffentlichung der sämtlichen Verhandlungen des Verbandes und der Vereine der Versammlung vorzuschlagen. Es liegen drei Vorschläge vor:

1. Richard Schoetz-Berlin,
2. Dr. Röpke-Melsungen,
3. H. Becker-Wien.

Der engere Ausschuß wird diese drei Vorschläge sämtlichen Verbandsmitgliedern durch Umdruck zugängig machen (ist bereits geschehen). Die Vota der Vereine sollen bis 1. September dem Vorsitzenden mitgeteilt werden. Die Versammlung beschließt dementsprechend, nachdem sich die Mehrzahl der Mitglieder für den Röpkeschen Vorschlag ausgesprochen hatte.

Zu b). Herr Hager macht den glücklichen Vorschlag, da die Angelegenheit betreffend Ärztevereinsblatt durch die einstimmige Annahme des Protokolls als erledigt zu betrachten sei, und nachdem Herr Herzfeld auf Hagers Anfrage mit Freuden auf seinen historischen Bericht verzichtet hat, diese Frage von der Tagesordnung als erledigt abzusetzen. Dieser Vorschlag wird einstimmig angenommen.

VIII. Antrag Löwenthal.

„Untersuchungen von Bahnbediensteten an anderen Wohnorten als am Wohnorte des Bahnarztes sind unzulässig."

Herr Löwenthal begründet denselben.

Die Versammlung beschließt, daß Fragen dieser Art nur nach den lokalen Verhältnissen zu regeln seien.

Generelle Beschlüsse hierüber werden nicht gefaßt.

IX. Rechnungslegung über den Druck der Metzer Verhandlungen (Ref. Stich.)

Herr Stich legt die Rechnung über den Metzer Verhandlungsbericht vor und überreicht dem Verbandskassenführer die Summe von 78,93 Mk.

X. Kassenbericht (Ramm).

Der Kassenbericht und die Kasse sind durch die Herren Löwenthal und Wächter geprüft worden.

Auf Antrag der Revisoren wird dem Kassenführer Entlastung durch die Versammlung erteilt.

XI. Wahlen.

Herr Löwenthal beantragt Akklamation des bisherigen Vorstandes.

Da auf die Anfrage des Vorsitzenden sich hiergegen kein Widerspruch erhebt, nehmen die einzelnen Vorstands-Mitglieder mit Dank die Wahl an. Zum Schluß wird Herr Vogel als Vertreter des Großherzoglich Hessischen Bahnärztlichen Vereins Mainz statutenmäßig als zum engeren Ausschuß gehörig anerkannt. Schw.

Protokoll über die Vorstandssitzung des bahnärztlichen Vereins des Direkt.-Bezirks Halle a. S. am 26. März 1905

zu Berlin in der Wohnung des Vereinsvorsitzenden.

Anwesend: die beiden Vorsitzenden, die beiden Schrift- und der Kassenführer, als Gast der Vertreter der Kgl. Eisenbahndirektion Herr Reg.-Assessor Mantell-Halle a. S.

Vor Eintritt in die Tagesordnung gedenkt Vorsitzender zweier in den letzten Wochen verstorbener Kollegen, Dr. Jacobsohn-Berlin und San.-Rat Dr. Satlow-Leipzig-Gohlis, beiden Herren Worte warmer Anerkennung widmend, namentlich dem letzteren, der jahrelang in unserm Verein als erster Vorsitzender gewirkt und als solcher in schweren Zeiten nach dem Abgange des Geh. Rat Fielitz-Halle manche Differenzen durchzukämpfen hatte und die Interessen der Vereinsmitglieder allzeit auf das beste zu wahren verstand; das Andenken an beide Kollegen wird durch Erheben von den Plätzen geehrt.

Die Tagesordnung betraf zunächst:

I. Besprechung der neuen Vertragsformulare für Anstellung von Bahnärzten und Bahnkassenärzten, wie solche nach dem Erlaß des Herrn Ministers vom 28. Februar 1905 jetzt eingeführt werden sollen. Die Direktion Halle a. S. will alle eventuellen Vergünstigungen gegenüber den laufenden Verträgen bereits vom 1. April a. c. an gelten lassen, ohne die jetzigen Verträge selbst z. Z. zu ändern. Vorsitzender hebt die wichtigsten Neuerungen aus den Verträgen hervor. Bezüglich des Samariterunterrichts spricht sich der Vereinsvorstand dahin aus, daß im allgemeinen acht bis zehn Unterrichtsstunden behufs erstmaliger Instruktion zu erteilen sein würden und hierzu jedesmal nicht mehr als zehn bis zwölf Beamte, bzw. Bahnarbeiter zuzulassen seien, bei Wiederholungen sollen weniger Stunden genügen und etwas mehr Leute eventuell teilnehmen können. Es werden für Gutachten in Unfallversicherungs-Angelegenheiten für Arbeiter je 5 M. gezahlt werden; gefragt wird, ob das gleiche Honorar bei analogen Gutachten nicht auch für Beamte zugebilligt werden müsse. Alle sonstigen wesentlichen Verbesserungen in den neuen Verträgen werden allseitig mit Dank anerkannt. Auf die Anfrage des Herrn Vertreters der Kgl. Direktion, zu welchem Termine die jeweilige Zahl der Beamten, bzw. Arbeiter für jeden Kurbezirk und jeden Bahnarzt festgestellt werden solle, einigt man sich auf den 1. Juli; die Anweisung des danach zu bemessenden Honorars würde dann für die Beamten jedesmal am 1. April, für Kassenmitglieder am 1. Januar erfolgen.

II. Eingänge und Bekanntmachungen: Vorsitzender gedenkt, entnommen der „Zeitung des Vereins deutsch. Eisenbahnverw.“, zahlreicher neuer Veröffentlichungen in der Alkoholfrage, erwähnt weiterhin einen Ministerialerlaß vom 24. Dezember 1904, betr. die Dienstkleidung der preußischen Bahnbeamten, ferner ein Verbot des Verkaufs von Branntwein in den Bahnhofswirtschaften zur Nachtzeit, verbreitet sich weiterhin über die neuen vierachsigen Personenwagen dritter Klasse mit Einrichtung zur Krankenbeförderung, ferner über Krankentransportbetten, mit denen neuerdings im Direkt.-Bezirk Stettin die Stationen Stargard und Stralsund ausgerüstet worden sind, ferner über Unfallverhütungsvorschriften für den preußisch-hessischen Eisenbahndienst, über Verwendung von Hilfszügen auf Privatbahnen, über eine neue Art der Reinigung von Eisenbahnwagen mittelst einer Luftsauge-Einrichtung, mit der im Sommer 1904 auf Bahnhof Grunewald bei Berlin unter Leitung des Geh. Baurat Bork sehr günstige Versuche angestellt worden sind; endlich gibt derselbe verschiedene Mitteilungen und Schilderungen von dem neu gegründeten Invalidenheim in Jenkau bei Danzig, welches der Verein in diesem Jahre gelegentlich der diesjährigen Jahresversammlung in Zoppot persönlich kennen zu lernen in Aussicht genommen hat.

III. Verschiedene Beschwerden und Wünsche von Vereinsmitgliedern werden zur Sprache gebracht, die teils durch Einführung der neuen Bahnarztverträge (cf. Punkt I) in befriedigender Weise Abstellung finden werden, teils nach den Mitteilungen des Herrn Dir.-Vertreters durch Amtsblattverfügungen Berücksichtigung finden sollen, bzw. zurzeit schon gefunden haben. Im Anschluß macht Herr Assessor Mantell nähere Mitteilungen über ausgedehntere Bewilligung von ständigen Freikarten an die Vorsitzenden des Bahnarztvereins, bzw. Freifahrtscheinen im Bedarfsfalle an die übrigen Vorstandsmitglieder. Der unterzeichnete Schriftführer regt die Frage an, ob es nicht angängig sei, in ähnlicher Weise, wie im Bahnarztverein Magdeburg geschehen, an Vereinsmitglieder, die sich das Herzfeldsche „Handbuch der bahnärztl. Praxis“ anschaffen möchten, anteilig einen gewissen prozentualen Beitrag hierzu aus der Vereinskasse zu gewähren. Der Gedanke findet Anklang und soll auf der nächsten Vereinsversammlung in Zoppot nochmals vorgebracht werden.

IV. Kassenbericht: Zu dem letzten Kassenbestande von 488,90 M. im September 1904 in Schreiberhau kamen noch vier Beiträge à 3 M. = 12 M., der Bestand betrug danach also 500,90 M. Die sehr bedeutenden Ausgaben besonders für Druckkosten betrugen in Summa 267,55 M. Es ist also ein Vermögen von 233,35 M. vorhanden. Es wird in Erwägung gezogen, ob es sich nicht empfehlen dürfte, den Mitgliedsbeitrag um ein geringes in Zukunft zu erhöhen. Ferner regt der Kassenführer die Frage an, eine Änderung im Kassenjahre herbeizuführen, dieses nicht vom April bis April zu berechnen, vielmehr aus gewissen Gründen mit dem Kalenderjahre zusammenzulegen.

V. Beschlußfassung über die diesjährige Jahresversammlung des Vereins in Zoppot. In Aussicht genommen werden die Tage vom 23. August bis 25. August a. c. Ort und Zeit der Sitzung wird rechtzeitig später (längstens bis Anfang August) den Herren Kollegen, soweit sie Mitglieder des bahnärztlichen Vereins sind, durch den Unterzeichneten bekannt gegeben werden. Über die einzelnen Tage ist an folgendes speziellere Programm gedacht:

Am 23. August vormittags: Vereinssitzung in Zoppot mit voraussichtlich folgender Tagesordnung:

1. Geschäftliches und Eingänge. 2. Kassenbericht und -revision. 3. Dr. Köhler-Leipzig: über die neue Reichsarzneitaxe. 4. Antrag des Vorstandes auf geringe Erhöhung der Mitgliedsbeiträge und Verlegung des Geschäftsjahres. 5. Referate: a) über die Ausschußsitzung des Verbandes deutscher Bahnärzte am 14. Mai 1905 in Eisenach (Ref. Herzfeld-Berlin), b) kurze Übersicht über die seitens des Ministeriums und der Direktion erlassenen Verfügungen auf dem Gebiete der Wohlfahrtsflege (Ref. Peschek-Pegau). 6. Antrag des Vorstandes auf eine Ergänzung der Vereinsstatuten behufs Erteilung der Ehrenmitgliedschaft an frühere verdiente Vereinsmitglieder. 7. Sanitätsrat Herzfeld: über Dienstkleidung der Eisenbahnbeamten.

Danach gemeinsames Mittagessen, an dem vollzählig teil zu nehmen die Herren Kollegen dringend gebeten werden. Auch die mit erschienenen Damen der verheirateten Kollegen sind bestens willkommen.

Am 24. August vormittags: Fahrt nach Jenkau und Besichtigung des Invalidenheims; danach Vortrag des Herrn Reg.-Assessors Mantell-Halle a. S.: über Invaliditäts- und Altersversicherung.

Am 25. August: Gemeinsamer Ausflug nach Danzig und der Marienburg.

VI. Bericht über erlassene Verfügungen auf dem Gebiete der Wohlfahrtspflege:

Der Vorsitzende läßt durch Kollegen Clemens eine Anzahl Ministerialerlasse zur Vorlesung bringen, die sämtlich beredtes Zeugnis dafür ablegen, in wie hohem Maße dem Herrn Minister die Fürsorge für Beamte und Bahnarbeiter seit Anbeginn seiner Amtsführung am Herzen liegt. Den Haupterlaß vom 26. Januar 1905 lasse ich auf besonderem Wunsch unseres Vorsitzenden am Schluß dieses Protokolls unverkürzt zum Abdruck bringen. Weitere Erlasse beziehen sich auf Einrichtungen in Gepäckwagen zum Wärmen und Zubereiten von Speisen für das Zugpersonal, auf Weitergewährung des Lohnes bei unverschuldeter Dienstversäumnis, z. B. bei Einberufung zu militärischen Übungen u. a. m., auf Erweiterung der Freifahrtberechtigung für Bahnbedienstete und deren Angehörige bei Fahrten zum Arzt, behufs Einkaufs von Lebensmitteln usw. in der nächsten größeren Stadt, bei Fahrten nach Bade- und Erholungsorten, bei Reisen zum Anpassen von Bandagen, Brillen usw., endlich auf die Gewährung freien Leichentransportes, wenn der Tod außerhalb des Dienstortes erfolgt ist.

Gegen $6^1/_2$ Uhr nachm. Schluß der Sitzung.

Schließlich soll nochmals darauf hingewiesen werden, daß die Gewährung von freier Fahrt zu den Jahresversammlungen unseres Vereins wie auch zum Besuche der jedes zweite Jahr stattfindenden Verbandstagen Deutscher Bahnärzte lediglich an Mitglieder bahnärztlicher Vereine erfolgen kann. Alle diejenigen Kollegen, die zwar Bahnärzte im Dir.-Bez. Halle sind, aber noch nicht unserem Vereine als Mitglieder angehören, tun daher im eigensten Interesse gut daran, dem bahnärztlichen Vereine beizutreten.

Die Nachbarkollegen solcher Herren bittet der unterzeichnete Schriftführer die Namen und den Wohnort derselben ihm gefl. mitzuteilen, damit dieselben zum Beitritt aufgefordert werden können.

Pegau bei Leipzig, den 15. April 1905.

Dr. med. Peschek,
I. Schriftführer des Vereins.

Bericht über die V. Jahresversammlung des Vereins der Bahn- und Kassenärzte im Bezirke der Königlichen Eisenbahn-Direktion Münster am 22. Juni 1905 in Osnabrück.

Erschienen waren zu der am 22. Juni 1905, abends 7 Uhr, beginnenden Versammlung im Kleinen Saale des „Großen Klubs“ in Osnabrück 43 Kollegen aus allen Teilen des Bezirks, ferner Herr Regierungsassessor Seydel-Münster als Vertreter des Eisenbahndirektionspräsidenten Herrn Pannenberg-Münster für den durch Beurlaubung verhinderten Herrn Regierungsrat Pütter-Münster, sowie Herr Eisenbahnbau- und Maschineninspektor Ihlow-Osnabrück.

Eine begrüßende Ansprache des Vorsitzenden Herrn Geh. Sanitätsrat Dr. Isermeyer-Osnabrück bildete den Anfang der Versammlung. Auf diese Begrüßung antwortete Herr Regierungsassessor Seydel, überbrachte den Gruß des Herrn Eisenbahndirektionspräsidenten und gab dem Wunsche eines ferneren friedlichen und gedeihlichen Einvernehmens zwischen der Eisenbahnverwaltung und den Bahn- und Kassenärzten Ausdruck.

Hierauf erstattete der Herr Vorsitzende folgenden Geschäftsbericht:

„Am 16. Juni v. J. tagte unser Verein unter äußerst reger Beteiligung im Bade Oeynhausen. Jeder der Teilnehmer wird sich gewiß des Tages, der mit dem Abstecher nach der Porta Westfalica würdig endete, gern und mit Freuden erinnern. Unser bisheriger Schriftführer hat Ihnen allen in dichterisch angehauchter Stimmung Bericht erstattet. — Seitdem hat mancher Wechsel innerhalb des Vereins stattgefunden, größer denn je. Teils durch Tod abberufen, wie die Kollegen in Ottersberg und Lippstadt, zu deren Ehren ich Sie bitte, sich von den Plätzen zu erheben, — teils durch Niederlegung ihres Amtes oder Verzug aus dem Direktionsbezirke ist eine größere Zahl von Kollegen ausgeschieden. Zu letzteren gehört auch unser bisheriger Schriftführer, Kollege Prölß in Scheeßel, der von der Konstituirung unseres Vereins an seines Amts als Schrift- und Kassenführer nach seinen besten Kräften gewaltet hat, jetzt als Kreisassistenzarzt nach Bremervörde verzogen ist. Auch die neue Abgrenzung des Direktionsbezirkes hat Änderungen im Bestande der Bahnärzte hervorgerufen; es sind bisherige Mitglieder ausgeschieden, neue hinzugekommen. — Vor allem aber müssen wir des Ausscheidens des Herrn Ober-Regierungsrats Middendorf gedenken, der als Dezernent der Direktion besonders befähigt und bestrebt war, die Ziele und Aufgaben unseres Vereins an maßgebender Stelle zu fördern. Der Vorstand hat es für seine Pflicht gehalten, ihm im Namen des Vereins für seine Verdienste zu danken. Sein Antwortschreiben liegt zur Einsicht auf. — An dessen Stelle ist Herr Regierungsrat Pütter getreten, der lebhaft bedauert, durch seine Urlaubsreise verhindert zu sein, an unsern heutigen Verhandlungen teilnehmen zu können. Ich habe die begründete Berechtigung und fühle mich verpflichtet zu der Erklärung, daß unser Verein sich glücklich schätzen kann, einen solchen Vermittler im Verkehr mit der Königlichen Eisenbahndirektion gefunden zu haben.

Innerhalb des Rechnungsjahres fällt die alle zwei Jahre wiederkehrende Tagung des allgemeinen Deutschen Bahnärzte-Verbandes in Metz in den allen Teilnehmern unvergeßlichen Tagen des 10.—12. August 1904, worüber Ihnen allen der offizielle Bericht zugegangen ist, ebenso die jährliche Sitzung des Ausschusses deutscher Bahnärzte auf der Wartburg bei Eisenach am 14. März d. J. Aus dieser teile ich Ihnen folgendes mit:

Von allgemeinem Interesse sind für uns die Schreiben Königlicher Eisenbahn-Direktion vom 11. Oktober 1904 und 25. Februar 1905 betr. Bekämpfung des Alkoholismus, ferner die Mitteilungen über das neuerbaute und kürzlich eingeweihte „Eisenbahnheim Borkum“ vom 7. und 25. April d. J., sowie die des Bezirksvorstandes der Arbeiter-Pensionskasse über die Ergebnisse des Heilverfahrens im Jahre 1904. — Ich lege dieselben zur gefälligen Einsicht auf. — Als Beweis dafür, wie an maßgebender Stelle die Aufgabe der bahnärztlichen Vereine gewürdigt und anerkannt wird, verweise ich auf den § 9 des neuen Vertrags-Formulars, in welchem erklärt wird, daß bei etwaigen Meinungsverschiedenheiten zwischen den Bahnärzten und Königlicher Eisenbahn-Direktion der Vorstand des Vereins gutachtlich gehört werden soll. Ich benutze diese Gelegenheit, um die Herren Kollegen nochmals besonders darauf aufmerksam zu machen, daß sie bei allen etwaigen Wünschen und Anträgen dienstlicher Art sich stets zunächst an den Vorstand, als den berufenen Vertreter ihrer Interessen wenden mögen.

Über das Ergebnis der vor drei Jahren beschlossenen statistischen Erhebung über die bahn- und bahnkassenärztlichen Leistungen will ich lieber hinweggehen. Es ist noch nicht einmal der dritte Teil der Kollegen seinen Verpflichtungen nachgekommen.

Bezüglich letzteren Punktes wurde durch Abstimmung beschlossen, von der weiteren Fortsetzung der Statistik vorläufig abzusehen.

Über den augenblicklichen Kassenbestand berichtete Dr. Freund-Osnabrück. Der von Dr. Freund gestellte Antrag: vom 1. Januar 1906 an das Rechnungsjahr des Vereins mit dem bürgerlichen Jahre vom 1. Januar bis 31. Dezember incl. laufen zu lassen, wurde angenommen. Dieser Änderung entsprechend soll die Entlastungserteilung für das Rechnungsjahr 1904—1905 erst am Ende dieses Jahres durch eine aus drei Mitgliedern des Vereins bestehende Kommission nach Verhandlung auch mit dem früheren Rechnungsführer erfolgen.

Als Jahresbeitrag wurden wie bisher drei Mark festgesetzt. Ferner wurde der Beschluß gefaßt, die demnächst unter der Redaktion des Dr. med. Roepke-Melsungen erscheinende „Zeitschrift für den Verband deutscher Bahnärzte“ als Vereinsblatt anzuschaffen. Durch einen Zuschlag von zwei Mark zu dem Jahresbeitrage wird demnächst jedes Mitglied des Vereins Abonnent der genannten Zeitschrift.

Durch Auslosung schied das Mitglied des Vorstands Herr Geh. San.-Rat Dr. Isermeyer aus dem Vorstande aus, wurde jedoch bei der darauf stattfindenden Neuwahl wiedergewählt.

Für den aus dem Vorstande wegen Versetzung nach Bremervörde ausscheidenden langjährigen Schriftführer Dr. Prölß wurde Dr. Freund-Osnabrück in den Vorstand gewählt.

Als Ort für die nächste Jahresversammlung wurde unter der Voraussetzung der Bewilligung freier Eisenbahnfahrt dorthin, Cassel in Aussicht genommen. Von Cassel aus soll ein Ausflug

nach der Eisenbahnheilstätte Stadtwald-Melsungen unternommen werden, zwecks Besichtigung der Heilstätte.

Der 7. Punkt der Tagesordnung „Bericht über den Stand der Erhöhung des bahnärztlichen Honorars“ hatte schon zu Anfang der Versammlung seine Erledigung gefunden durch die freudig aufgenommene Mitteilung der Honorarerhöhung auf vier bzw. zwölf Mark. Den meisten der Herren Kollegen war schon vor der Versammlung durch die Direktion offiziell die Mitteilung über die Honorarerhöhung zugegangen.

Über das Thema: „Verhalten des Bahnarztes gegenüber den Unfallverletzten“ äußerte sich der Vorsitzende in dem auf Seite 317 dieser Nummer abgedruckten Vortrage.

Nach der Versammlung, welche gegen $^3/_4$9 Uhr ihr Ende erreichte, fand im Großen Saale des Klubs ein in jeder Beziehung vorzügliches Abendessen statt, bei welchem Keller, Küche und vor allem eine behagliche und gemütliche Stimmung nichts zu wünschen übrig ließen.

Berufspflichten bestimmten einen größeren Teil der Kollegen schon in der Nacht vom 22. auf 23. Juni wieder in den ärztlichen Wirkungskreis zurückzukehren. Ein anderer Teil der Teilnehmer an der Jahresversammlung fand sich am folgenden Morgen zu einer Tour zusammen, teils nach dem Soolbade Rothenfelde, dessen Hospitäler, Badeeinrichtungen usw. einer eingehenden Besichtigung unterzogen wurden, teils zu einer Bergwanderung über den waldreichen großen und kleinen Freden, über Iburg, den Dörnberg nach der Georgsmarienhütte. Auf der Georgsmarienhütte vereinigte noch einmal ein gemeinsames Mittagsmahl die Teilnehmer der Versammlung. Dieses Mittagsmahl, an welchem zu aller Freude wohl zum erstenmale seit dem Bestehen des Vereins eine Anzahl Damen teilnahmen, fiel ebenfalls zur allgemeinsten Zufriedenheit aus und bildete den Schlußteil der diesjährigen Tagung.

Abends gegen 6 Uhr trennte man sich auf dem Hauptbahnhofe in Osnabrück mit einem „Auf frohes Wiedersehen im nächsten Sommer in Cassel“!

gez. Dr. Freund-Osnabrück. gez. Dr. Isermeyer-Osnabrück.

Gesellschaft für soziale Medizin.

Sitzung am 20. Juli.

Vortrag des Herrn E. Joseph über „Krankentransportwesen und die Neuorganisation desselben in Berlin.“ Im Zusammenhange mit der wachsenden Inanspruchnahme der Krankenhäuser und Sanatorien steht die steigende Benutzung der Krankenwagen. Bisher freilich werden von 200 Kranken, die täglich in Berlin des Transportes bedürfen, nur 60 bis 70 wirklich in Krankenwagen befördert, die übrigen benutzen Droschken oder öffentliche Verkehrsmittel. Der Transport wird nach den Erhebungen des Redners in verschiedenen Städten ausgeführt: 1. von gewerblichen Unternehmern, 2. humanitären Gesellschaften, 3. von den Städten selbst. Einige von den letzteren befördern nur ansteckende Kranke, z. B. London, das in sechs Depots nur Wagen für Infektionskranke bereit hält und jährlich eine halbe Million für derartige Transporte ausgibt; andere auch sonstige Kranke. Schon eine Polizeiverordnung von 1740 verbot für Berlin den Transport der ansteckenden Kranken mittelst öffentlicher Verkehrsmittel. In Hamburg steht seit der Choleraepidemie der gesamte Transport in städtischer Regie, in Frankfurt a. M., in Wien und anderen Städten unter der Leitung besonderer Rettungsgesellschaften. Was nun Berlin betrifft, so wendet hier die Stadt selbst dem Krankentransport keine Fürsorge zu, sondern derselbe wird ausgeführt durch eine humanitäre Gesellschaft, den Verband für erste Hilfe und die gewerblichen Unternehmer. Die erstere sucht diese, von den folgenden Überlegungen ausgehend, abzulösen und hat zu diesem Zwecke eine völlige Neuordnung des Krankentransportwesens geschaffen.

1. Bei den gewerblichen Unternehmern wird keine genügende Unterscheidung zwischen ansteckenden und nicht ansteckenden Kranken durchgeführt. Vor Ausführung des Transportes ist häufig nichts über die Infektiosität bekannt, obwohl diese vorhanden ist. Ihre für ansteckende Krankheiten bereitgestellte Wagen sind nicht ausreichend.
2. Die gewerblichen Unternehmer bieten für Arme, Krankenkassenmitglieder und Private verschiedene Arten von Wagen. Die Kosten des einzelnen Transportes betragen 10 bis 25 M.

Demgegenüber besteht die vom Verbande für erste Hilfe ausgeführte Reform in der prinzipiellen Desinfektion nach jedem Transport. Alle Wagen, Wäsche, Tragen werden in einem von einem Sachverständigen für ausreichend befundenen Grade desinfiziert. Jedes Depot ist entsprechend eingerichtet. Zweitens ist es das Bemühen des Verbandes, für alle Kranke einen Einheitspreis festzusetzen und die Unbemittelten kostenlos zu transportieren. Da nun aber infolge der prinzipiellen Desinfektion die Selbstkosten des einzelnen Transportes 7 M. betragen, so ist vorläufig die Ermäßigung des Preises nicht ausführbar. Vielmehr ist unter Zugrundelegung der bisherigen Frequenz (30 bis 40 Transporte täglich) für den Verband ein erhebliches Defizit zu erwarten, welches nach des Vortragenden Meinung von der Stadt oder der freiwilligen Liebestätigkeit zu decken ist, welche letztere ja auch auf dem Gebiete des Lungenheilstättenwesens Großartiges leistet. Ferner ist der Verband bestrebt, nur Wagen der besten Konstruktion zuzulassen, die Verbindung der Technik derselben mit der Desinfektion ist schwierig und fordert zu weiteren Versuchen im Wagenbau heraus. Die Tragen sind entsprechend den Berliner Hinterhäusern hergestellt, vielfach werden Stuhl-Liegetragen verwendet. Das Personal wird von Ärzten ausgebildet, zu denen Prof. George Meyer und Redner gehören; es erhält genaue Dienstvorschriften, auf deren Befolgung streng geachtet wird. Übungs- und Repetitionskurse festigen seine Kenntnisse. Für die Desinfektoren besteht eine besondere Schulung und Reglement. Der gesamte Dienst steht unter dauernder ärztlicher Kontrolle. Besonderes Interesse wendet der Verband dem Transport kranker Kinder zu, für welche eigene Wagen konstruiert sind. Alle diese Maßnahmen haben beim Polizeipräsidium vollstes Verständnis und Entgegenkommen gefunden.

Dem gewandten und flüssigen Vortrage folgte eine lebhafte Diskussion.

Körting fragt an, ob die Gesellschaft die geschilderten Einrichtungen besichtigen könnte. Ferner wünscht er Auskunft über die Gesamtfinanzierung des Unternehmens zu erhalten; durch die Desinfektion erleiden Wagen und Gerätschaften starke Abnützung, die in den Etat einzustellen sei. Außerdem erkundigt er sich nach Art und Ausbildung des Personals. W. Becher verwirft die freiwillige Liebestätigkeit in einem so wichtigen Zweige der öffentlichen Gesundheitspflege. Es ist Aufgabe der Stadt, den gesamten Krankentransport zu übernehmen, besonders jetzt, da eines der größten Krankenhäuser (Virchow-Krankenhaus) an der Peripherie erstanden sei. Schon jetzt leistet die Stadt bedeutende Beiträge sowohl zur Beförderung der Armen als auch zum Transport der Schwangeren vom städtischen Obdach nach der Universitätsfrauenklinik. Jetzt seien auch Verhandlungen betreffs der Übernahme des gesamten Rettungswesens durch die Stadt geführt worden. Becher beanstandet den Einzelpreis von 10 M.; nur durch eine bedeutende Verbilligung ist die steigende Benutzung zu erreichen. Selbstverständlich müßten die Begüterten einen höheren Preis zahlen bei der Übernahme durch die Stadt.

Grotjahn befürwortet ebenfalls die Verstadtlichung des Krankentransports. Sodann betont er die Notwendigkeit einer diesbezüglichen Reform und Zentralisation auf dem platten Lande. Hier müßten die Kreisverbände die Sorge für Krankenwagen oder auch nur Tragbahren übernehmen, um den Transport nach dem Kreiskrankenhaus zu erleichtern und zu ermöglichen. Besonders seien die Krankenkassen verpflichtet, sich hier zu betätigen. Guttstadt gibt ebenfalls die Notwendigkeit einer Reform des Krankentransportwesens auf dem Lande zu. Auch die Eisenbahn kommt als Beförderungsmittel in Betracht. Die Droschkenkutscher in Berlin wissen sich der polizeilichen Vorschrift, die das Fahren der ansteckenden Kranken verbietet, geschickt zu entziehen, indem sie weitab vom Krankenhause halten und den Kranken dorthin zu Fuß gehen lassen. Für den Fall einer Epidemie reichen die bisherigen Vorkehrungen nicht aus. Nach seiner Beobachtung wurden 1866 in der Choleraepidemie die Kranken in Körben transportiert. Infolge der damaligen Erfahrungen begünstigte die Polizei die gewerblichen Krankenwagenbesitzer. Guttstadt empfiehlt die Bildung einer Kommission zur Sammlung des gesamten einschlägigen Materials und zur Beratung der zweckmäßigen, praktischen Maßnahmen auf dem Gebiete des Krankentransportwesens.

Joseph. Die Besichtigung durch die Mitglieder der Gesellschaft soll gern stattfinden. Nach dem jetzigen Geschäftsgange ist ein jährliches Defizit von 20 000 M. zu erwarten. Indessen ist auf bedeutend erhöhte Inanspruchnahme zu rechnen. Die Kosten der Abnützung sind sehr groß, die Utensilien, Wäsche, der Lack werden von der Desinfektion mitgenommen. Das Personal setzt sich zusammen aus geprüften Krankenpflegern, die noch für diese Zwecke besonders ausgebildet werden; vor ihrem Dienstantritt müssen sie sich der Impfung unterziehen, eine Maßnahme, die sich erst jüngst beim Transport eines Pockenkranken bewährte. Bei jedem kranken Erwachsenen werden Kutscher und Begleiter gestellt, bei Kindern fährt dieser nur auf Wunsch mit. Joseph sieht auch in der Verstadtlichung die beste Lösung, doch warnt er vor Hoffnungen, die Becher angeregt hat. Nach seinen besten Informationen besteht bei der städtischen Verwaltung keine Absicht, den Krankentransport in eigene Regie zu nehmen. Im Gegenteil sei die jetzige Neuordnung durch den Verband für erste Hilfe auf Anraten der Stadträte entstanden, die im Verbande Mitglieder sind.

W. Becher beanstandet das Defizit von 20000 M. als viel zu hoch. Bisher haben doch die gewerblichen Unternehmer nicht allein kein Defizit, sondern bedeutende Überschüsse gehabt, und sie bestehen noch weiter.

Die Diskussion schließt mit einem Streifzuge auf das Gebiet des Rettungswesens: Becher weist auf den bedeutenden Zuschuß hin, welchen die Stadt hier leistet; es bestehe ein Überfluß an Wachen, deren Kosten um ein Drittel, ja sogar um die Hälfte reduzierbar seien; Joseph erinnert daran, daß die nur nachts tätigen Sanitätswachen von der Stadt weit reichlicher unterstützt werden, als Unfallstationen und Sanitätswachen.

Der hygienische Fortschritt der Neuordnung, welcher hauptsächlich in der jedesmaligen Desinfektion besteht, ist entschieden anzuerkennen, ihm gegenüber steht aber die Verteuerung und das ist vom hygienischen Standpunkte aus als ein schwerer Nachteil aufzufassen. Ist denn nun die jedesmalige Desinfektion unbedingt erforderlich? Beim Transport kranker Kinder gewiß. Aber den benötigen zumeist die Armen oder Krankenkassenmitglieder, er müßte hier kostenlos ausgeführt werden, um nicht die für Kinder in Berlin besonders schwierige Krankenhausaufnahme noch weiter zu erschweren. Was aber die Erwachsenen betrifft, so genügt bei Geisteskranken, Betrunkenen, Unfallverletzten, Kranken, die zur Operation eingeliefert werden, eine gründliche Säuberung des Wageninhaltes.

Genaue Erhebungen über die Art der Krankheiten, die den Transport bedingten, hätte der Verband vor der Neuordnung anstellen müssen. Ist es notwendig, die Erscheinung zu fördern, daß urämische Kranke von Moabit nach dem Krankenhause am Friedrichshain reisen? Mit der Krankenhausnot hängt die Transportnot eng zusammen. Ist es denn nicht möglich, jeden Kranken dem nächstgelegenen Krankenhause des Bezirks zu überweisen?

Ferner, welche Summen geben die Krankenkassen jährlich für Krankentransporte aus? Erfolgt derselbe in der Versicherungspraxis, weil der Kranke keine oder keine genügende Wohnung besitzt, oder weil die an ihm erforderliche ärztliche Leistung gar nicht oder zu gering von dem Kassenvorstand honoriert wird, oder weil auf einen Arzt zu viel Kranke kommen? Die Neuordnung des Krankentransports ist in Berlin in einem Jahre erfolgt, in welchem die Kassenpatienten von 1000 Ärzten weniger als im vorigen Jahre behandelt worden, daher die vermehrte Inanspruchnahme der Krankenhäuser und des Krankentransportwesens. Das gegenwärtige Jahr darf also nicht zugrunde gelegt werden, wenn der Stadt die Übernahme des Krankentransports ans Herz gelegt werden soll.

Der Verband für erste Hilfe sucht die Krankenbeförderung völlig an sich zu ziehen, da die gewerblichen Unternehmer es unterließen, zu gemeinsamen hygienischen Fortschritten sich zusammenzutun. Wenn nun die Nachfrage für Krankenwagen geringer wird, muß das Defizit des Verbandes steigen oder der Preis des Einzeltransports sich erhöhen, beides auf Kosten der Berliner Bürger. Gerade durch diese Neuordnung ist die Verstadtlichung teurer geworden und meines Erachtens verschoben.

Eisenstadt.

Tagesgeschichte.

Blutvergiftungen und andere Vergiftungen als Betriebsunfälle.

Eine neuere Statistik über die Zahl der Betriebsunfälle, die auf Vergiftungen zurückzuführen waren, liegt nicht vor. Die erste und letzte stammt aus dem Jahre 1897 und ergibt, daß in diesem Jahre 165 versicherte Personen durch giftige Stoffe, Gase usw. verunglückten, von denen 111, also 67,27 %, den Folgen des Unfalles erlagen. Von diesen Unfällen kamen 38 auf die Knappschaftsberufsgenossenschaft, 22 auf die Berufsgenossenschaften der chemischen Industrie, 17 auf die Lederindustrie-Berufsgenossenschaft, der Rest, 15, auf die Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaften.

47 Unfälle wurden durch giftige Stoffe, 118 durch das Einatmen schädlicher Gase herbeigeführt. Ziehen wir die Zahl der 1897 durch Unfälle verletzten und entschädigten Unfälle (45 971) und die tötlichen Verletzungen (4918) in Betracht, dann sind die 165 Unfälle, welche auf Vergiftungen zurückzuführen waren, äußerst geringfügig. Es kann aber kein Zweifel sein, daß viele derartige Unfälle überhaupt nicht angemeldet bzw. entschädigt wurden, weil ein Betriebsunfall nicht als vorliegend erachtet wurde, während anderseits die Grenze zwischen Gewerbekrankheiten, die auf das allmähliche Einwirken giftiger Stoffe zurückzuführen sind, und Betriebsunfällen, wo eine zeitlich bestimmbare, plötzliche Einwirkung giftiger Stoffe nachgewiesen werden muß, nicht immer scharf genug zu ziehen ist.

Fast in allen Betrieben können sich Blutvergiftungen ereignen. So verletzte sich der Spitzmaurer einer Papierfabrik beim Abrichten der Mühlsteine an Hand und Armen. In diese Wunden setzte sich der feine Sandstaub, der zudem noch arsenhaltige giftige Stoffe enthielt. (? Red.) Die Verletzungen, ebenso die Infektion trugen alle Merkmale eines Betriebsunfalls,

da sie sich in einer bestimmten, genau abgegrenzten Zeit abspielten. Ein anderer Maurer verletzte sich den Finger im Betriebe und trat auf unerklärliche Weise eine Blutvergiftung dazu. Diese war aber eine unmittelbare Folge der Verletzung, demnach waren auch hier die Kennzeichen des Betriebsunfalles vorhanden. Dagegen lag ein Betriebsunfall nicht vor, als ein Arbeiter sich beim Vespern in den Daumen schnitt, wozu eine Blutvergiftung trat. Hier konnte der Nachweis nicht erbracht werden, daß die Infektion bei und infolge der Betriebsarbeit erfolgte. Auf die oft lebensgefährlichen Folgen geringfügiger Verletzungen infolge Blutvergiftung machte überdies auch das Reichsversicherungsamt in seinem Rundschreiben vom 17. Juni 1890 aufmerksam, in dem besonders darauf hingewiesen wurde, daß die Folgen meist so schwere seien, weil diese kleinen Verletzungen von vornherein meist nicht beachtet wurden.

Auch die Übertragung von Milzbrand bei der Bearbeitung von Haaren milzbrandkranker Tiere wird in der Regel als Betriebsunfall zu gelten haben, falls nachgewiesen wird, daß diese Krankheitsstoffe plötzlich in den Körper eindrangen. Zweifelhaft könnte es dagegen sein, ob der Genuß giftiger Fische als Betriebsunfall zu gelten habe. Die Besatzung eines Segelschiffes erkrankte nach dem Genuß frisch gefangener Fische, dem ein Seemann erlag. Das Rekursgericht erwog, daß der Genuß frischer Fische bei langfahrenden Segelschiffen der Gesundheit und dem Betriebe förderlich sei, und daher von den Rhedern begünstigt werde. Wenn unter den Fischen zufällig einmal giftige seien, so käme eine Eigenheit der Meeresgefahr, also ein Betriebsunfall in Betracht. Auch beim Waschen von Schafen mit arseniger Säure nahm der Obergutachter einen Betriebsunfall an, weil die arsenige Säure beim Waschen in Wunden an den Händen drang und das Krankheitsbild alle Kennzeichen einer Arsenikvergiftung zeigte. Auch die Vergiftung durch eine Fabrikapotheke wurde als Betriebsunfall angesehen. In den Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaft war die Verabreichung von Magentropfen in gewissen Fällen ausdrücklich vorgesehen. Zufällig enthielten diese Strychnin. Die Hinterbliebenen wurden entschädigt, weil der Arbeiter durch eine Fabrikeinrichtung zu Schaden kam, also ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Betrieb vorhanden war. Ja, selbst bei einer Vergiftung aus Rache seitens eines Mitarbeiters wurde ein Betriebsunfall bejaht. Ein Steinbrucharbeiter streute seinem Polier Arsenik ins Essen, daß in der im Steinbruch befindlichen Hütte aufbewahrt wurde. Die Tat des Arbeiters stellte sich als ein Racheakt dar, weil der Arbeiter annahm, daß der Polier den Arbeitgeber von der mangelhaften Arbeitsleistung des Täters in Kenntnis gesetzt hatte. Der Unfall wurde also durch den Betrieb nicht nur wesentlich begünstigt, sondern stellte sich auch sonst als Ausfluß der Betriebsgefahr dar, besonders da der Anlaß zu dem Racheakt im Betriebe lag. Auch Insektenstiche können unter Umständen Betriebsunfälle darstellen. Erforderlich ist es hier, daß die Anwesenheit giftiger Insekten von vornherein eine Betriebsgefahr darstellt oder die Insekten giftige Stoffe aufnehmen und diese auf den Menschen übertragen. So wurde ein Forstbeamter durch einen Insektenstich in einem insektenreichen Revier verletzt, ein Landwirt beim Bearbeiten mehrerer Dungstätten von einem Insektenstich getötet. In beiden Fällen handelte es sich um charakteristische Gefahren des Betriebes. Verneint wurde dagegen ein Betriebsunfall bei einem Maurer, der auf einem Neubau von einem Insekt gestochen wurde. Hier handelte es sich um eine Gefahr des gewöhnlichen Lebens, der alle gleichmäßig ausgesetzt sind, nicht also um eine dem Betriebe eigentümliche Gefahr.

Die allmähliche Einwirkung von Kohlengasen stellt in der Regel keinen Betriebsunfall dar, vielmehr handelt es sich hier meist um Gewerbekrankheiten, für welche das Kranken- bzw. Invalidenversicherungsgesetz eintritt. Handelt es sich aber um das Einatmen plötzlich auftretender Chlorgase, dann liegen unzweifelhaft die Kennzeichen des Betriebsunfalles vor. Auch die einmalige ausgiebige Einatmung der Feuergase einer Schmiedewerkstatt wurde als Betriebsunfall angesehen, weil diese Einatmung Mitursache schwerer Hirnveränderungen war, die in acht Wochen zum Tode führten. Dagegen wurde ein Betriebsunfall bei dem Verwalter einer Ziegeleikantine verneint. Dieser wurde während des Schlafes im Nebenzimmer durch Kohlengas vergiftet. Der Unfall hing weder örtlich, zeitlich, noch ursächlich mit dem Betriebe zusammen, da er sich weder während des Betriebes, noch in einem Betriebsraum, noch aus Ursachen ereignete, die mit dem Betriebe und seinen Gefahren in Verbindung stehen.

Die Kennzeichen vorliegender Gewerbekrankheiten wurden vorhin schon kurz berührt. Anlässig einiger Rekurse hat jedoch das Reichsversicherungsamt auch hierzu Stellung genommen und seine Auffassung in einer Reihe von Entscheidungen niedergelegt. So führte es die Entstehung der Phosphornekrose auf das Einatmen dieser Dämpfe bei mehrwöchentlicher Beschäftigung in dem betreffenden Betriebe zurück. Ein bestimmter Zeitpunkt der Einatmung giftiger Dämpfe war nicht zu ermitteln, zudem sei nachgewiesen, daß die Nekrose das Endergebnis einer längere Zeit andauernden Einwirkung von Phosphordämpfen sei, sich so also als Gewerbekrankheit darstelle. Auch bei Bleivergiftungen sprach sich das Reichsversicherungsamt dahin aus, daß diese weder unmittelbar noch zeitlich bestimmt erkennbar als Folge der Einwirkung giftiger oder schädlicher Stoffe auftreten. Ähnlich liegt dies bei Vergiftungen mit Bleiweiß und sonstigen giftigen Stoffen, wo die Erkrankung auf eine langandauernde Einwirkung dieser Stoffe auf den menschlichen Körper zurückzuführen ist. Das gleiche trifft auf Lungenkrankheiten zu, welche als Folge des Einatmens von phosphorhaltigem Thomasschlackenstaub und Ätzkalk auftreten. Überall fehlt hier das charakteristische Kennzeichen des Betriebsunfalles: die zeitlich bestimmte, plötzliche Einwirkung giftiger Stoffe auf den menschlichen Körper.

Das Preußische Seuchengesetz in seiner endgültigen Form.

Nach schweren Mühen ist das so notwendige Gesetz jetzt endlich zur Tatsache geworden, freilich nicht ohne daß der Entwurf im Herrenhause nochmals einige Abschneidungen erfahren hätte, wegen deren er das Abgeordnetenhaus ein weiteres Mal passieren mußte. Die Anzeigepflicht für Fälle, welche des Typhus, Wochenbettfiebers, Rückfallfiebers oder Rotzes verdächtig sind, ist beseitigt worden, ein Fehler, der sich besonders bei Typhus und Wochenbettfieber schwer rächen wird.

Das Gesetz ist zugleich mit seinem Erscheinen für die Genickstarre in Kraft getreten. Wann der Rest in Kraft treten wird, soll durch Königliche Verordnung bestimmt werden.

Zur Erkrankungs- und Sterblichkeitsstatistik des Eisenbahnpersonals

gibt H. Becker-Wien in der Zeitschrift für Eisenbahnhygiene eine Übersicht über den Zeitraum von 1897 bis 1903, in der die Hauptergebnisse aller österreichischen Betriebskrankenkassen in Erörterung gezogen werden. Es standen insgesamt 1 325 797 Bedienstete unter Beobachtung, und zwar 651 012 bei den Staats-, 674 785 bei den Privatbahnen. Es kamen 1 000 427 Erkrankungen überhaupt, 467 130 im Staats-, 533 297 im Privatbetriebe vor. Auf ein Mitglied entfielen durchschnittlich 13,7 Krankentage. Hierin haben wir das einfachste und deutlichste Maß der Morbidität, die das sonstige erfahrungs-

mäßige Durchschnittsergebnis von 7 Krankentagen ganz bedeutend überschreitet. Die Erkrankungen verteilen sich auf die einzelnen Dienstgruppen wie folgt:

Kanzleipersonal	5,14 %
Maschinenpersonal	6,73 %
Zugbegleitungspersonal	9,98 %
Stationspersonal	29,46 %
Streckenpersonal	38,12 %
Werkstättenpersonal	10,57 %

Die Krankheitsgruppen stellen sich folgendermaßen zusammen:

Infektionskrankheiten	14,09 %
Krankheiten der Verdauungsorgane	15,14 %
„ des Bluts	11,97 %
„ der Atmungsorgane	9,42 %
„ des Nervensystems	3,90 %
Verletzungen	8,84 %

An der Gruppe der Verletzungen ist das Werkstättenpersonal mit 16,10 %, das Maschinenpersonal mit 10,51 %, das Stationspersonal mit 9,79 %, das Zugbegleitungspersonal mit 8,13 %, das Streckenpersonal mit 7,18 % und das Kanzleipersonal mit 1,79 % beteiligt. Unter den Infektionskrankheiten stand die Tuberkulose, namentlich auch bezüglich der Todesfälle obenan. Von den 4649 in der Berichtsperiode vorgekommenen Sterbefällen waren 28,6 % durch Lungentuberkulose verursacht. Am günstigsten stellen sich die Erkrankungen an Tuberkulose beim Strecken-, am ungünstigsten beim Kanzleipersonal.

Die Gesamtmortalität der Bediensteten betrug 0,71 %.

Unfall-Statistik der österreichischen Eisenbahnen 1903.

Nach der vor kurzem erschienenen „Österreichischen Eisenbahnstatistik für das Jahr 1903“ ereigneten sich bei sämtlichen österreichischen Bahnen bei einer mittleren Betriebslänge von 20 284 km im Berichtsjahre insgesamt 2209 Unfälle, und zwar bei den staatlichen Bahnen (Betriebslänge 12 162 km) 1161, bei den im Privatbetriebe befindlichen (Betriebslänge 8122 km) 1048. Auf freier Strecke ereigneten sich 700, in Stationen 1509 Unfälle. Im Vergleich zum Jahre 1902 vermehrte sich die Zahl sämtlicher Unfälle um 286. Getötet wurden im ganzen 167, verletzt 1295 Personen; von diesen 1462 Verunglückten war 979 ein eigenes Verschulden zuzuschreiben, 483 verunglückten unverschuldet. Die Anzahl der getöteten Personen hat gegen das Jahr 1902 um 12 ab-, die der verletzten um 82 zugenommen. Auf je eine Million Reisende kamen im Jahre 1903 1,34 verunglückte Personen (1,29 im Staats- und 1,38 im Privatbetriebe), im Jahre 1902 1,19 verunglückte Personen (Staatsbetrieb 1,32, Privatbetrieb 1,03).

Um die Frage des Schadenersatzes für Schädigungen durch Infektion mit Syphilis

handelte es sich in einem Prozesse, der kürzlich in letzter Instanz entschieden worden ist. Den Schwerpunkt dieses Prozesses bildet die Frage: Gilt die ärztlicherseits erfolgte Gesunderklärung von einem Leiden als Bürgschaft gegen fahrlässige Übertragung desselben auf andere in widerrechtlicher Weise? Der Beklagte, ein Apotheker B. in Berlin, hatte im Frühjahr 1900 ein Liebesverhältnis mit der Klägerin. B., der seit zwei Jahren wegen Syphilis in Behandlung war, hatte Klägerin im Mai infiziert. Sie erkrankte schwer und wurde schließlich hochgradig nervös und arbeitsunfähig. Für den ihr hierdurch erwachsenen Schaden machte die Geschädigte Schadenersatzansprüche gegen B. geltend, gestützt auf § 823 B. G.-B. (fahrlässige Schädigung). Das Landgericht Berlin verurteilte den Beklagten zur Zahlung von 2900 M. Schadenersatz und einer monatlichen Rente von 150 Mk. Auf die Berufung des Beklagten gegen dieses Urteil wurden die Ansprüche vom Kammergericht in Berlin auf 1120 M. und 50 M. monatlich vorauszahlbar festgesetzt. In der vom Beklagten gegen das Berufungsurteil eingelegten Revision beim Reichsgericht hob er nochmals hervor, daß die Klägerin kein unbescholtenes Mädchen mehr gewesen sei und ihn kein fahrlässiges Verschulden treffen könne, da die drei ihn behandelnden Ärzte bereits im März 1900 ihn als vollständig geheilt erklärt hätten. Das Reichsgericht bestätigte jedoch das Urteil des Kammergerichts und wies die Revision zurück, indem es ausführte, daß Kläger, der von der Bösartigkeit des Leidens unterrichtet war, sich doch hätte sagen müssen, es könne das Leiden, das gewöhnlich drei Jahre und länger währt, immer noch vorhanden sein. (Frankf. Ztg.)

Ergebnis der von den amtlichen Untersuchungsstellen im Deutschen Reiche im Jahre 1904 vorgenommenen Untersuchungen von Seeleuten auf Farbenblindheit.

Von 1042 zum ersten Male untersuchten Seeleute erwiesen sich 1027 (98,56 %) als nicht farbenblind; bei 6 wurde Grünblindheit, bei 1 Rotblindheit und bei 8 vollständige Farbenblindheit festgestellt.

Zum zweiten Male wurden 8 Seeleute untersucht, von denen bei der ersten Untersuchung 7 farbenblind und 1 grünblind befunden worden waren; bei 3 wurde die vollständige Farbenblindheit, bei 1 die Grünblindheit bestätigt, 1 wurde als rotblind und 3 als nicht farbenblind erkannt.

Wiederholte Untersuchungen haben im Berichtsjahre nicht stattgefunden. (Veröff. des Kais. Ges.-Amts).

Deutsche Gesellschaft für Gerichtliche Medizin.

Für die Sitzungen der Gesellschaft in Meran sind die Hauptthemata aufgestellt: I. Tod durch Elektrizität (Referenten Kratter-Graz und Jellinek-Wien), II. Morphinismus in strafrechtlicher Beziehung (Referenten von Kaan-Meran und Straßmann-Berlin), III. Der Geisteszustand jugendlicher Krimineller (Referenten Anton-Graz und Puppe-Königsberg). Außerdem sind folgende Vorträge angemeldet:

1. Dohrn und Scheele (Kassel): Beiträge zur Lehre von den Degenerationszeichen.
2. Horoszkiewicz (Krakau): Thema vorbehalten.
3. Ipsen (Innsbruck): a) Über den Nachweis von Atropin. b) Ein Beitrag zur Lehre vom Kindsmord.
4. Kratter und Pfeiffer (Graz): Casuistisches aus dem Institut für gerichtliche Medizin der Universität Graz.
5. F. Leppmann (Berlin): Über Strafvollzugsfähigkeit.
6. Molitoris (Innsbruck): a) Über das Verhalten einzelner Alkaloide im Vogeltierkörper. b) Über die Fäulnis von Lungen Neugeborener.
7. Pfeiffer (Graz): Neue Beiträge zur Kenntnis der Präzipitinreaktion. (Spezifizität der Reaktion.)
8. Reuter (Wien): a) Über den Nachweis von Kohlenoxydgas im Leichenblut. b) Demonstration postmortaler epiduraler Blutextravasate von verkohlten Leichen.
9. Richter (Wien): a) Nachweis von Bakterien in Blutspuren und seine forensische Bedeutung. b) Widerstandsfähigkeit von Leichengeweben und Leichenorganen gegenüber äußeren Gewalteinwirkungen.
10. Stolper (Göttingen): Zur Verhütung der Unfallsneurosen.
11. Stumpf (Würzburg): Weitere Mitteilungen über die quantitative Bestimmung des Luftgehaltes der Lungen (mit Demonstrationen).
12. Wachholz (Krakau): Zur Kohlenoxydvergiftung.

Sitzungsraum ist der Speisesaal im Hotel „Stadt München“, Burggrafenstraße 15.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.